

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**GABRIELA BOTTAN**

**DETERMINANTES DE QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS USUÁRIOS  
DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**Porto Alegre**

**2013**

**GABRIELA BOTTAN**

**DETERMINANTES DE QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS USUÁRIOS  
DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, inserido na linha de pesquisa Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elizeth Heldt**

**Porto Alegre**

**2013**

## CIP - Catalogação na Publicação

Bottan, Gabriela  
DETERMINANTES DE QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS  
USUÁRIOS DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL /  
Gabriela Bottan. -- 2013.  
89 f.

Orientadora: Elizeth Heldt.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Qualidade de vida. 2. Envelhecimento da  
população. 3. Transtornos mentais. 4. Centro de  
Atenção Psicossocial. I. Heldt, Elizeth, orient. II.  
Título.

**GABRIELA BOTTAN**

**Determinantes de qualidade de vida de idosos usuários de centro de atenção psicossocial.**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 27 de março de 2013.

**BANCA EXAMINADORA**



Profa. Dra. Elizeth Heldt da Silva Paz

Presidente da Banca – Orientadora

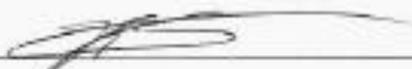
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Clarissa Marcell Trentini

Membro da banca

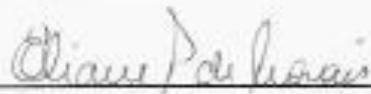
UFRGS



Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Eliane Pinheiro de Moraes

Membro da banca

PPGENF/UFRGS

**When I'm sixty-four  
(Paul McCartney)**

When I get older,  
Losing my hair,  
Many years from now.  
Will you still be sending me a Valentine,  
Birthday greetings, bottle of wine?

If I've been out  
Till quarter to three,  
Would you lock the door?  
Will you still need me,  
Will you still feed me,  
When I'm sixty-four?  
You'll be older too  
And if you say the word  
I could stay with you

I could be handy

Mending a fuse,  
When your lights have gone.  
You can knit a sweater by the fireside.  
Sunday mornings go for a ride.

Doing the garden,  
Digging the weeds,  
Who could ask for more?  
Will you still need me,  
Will you still feed me,  
When I'm sixty-four?

Every summer we can rent a cottage in the isle of Wight  
if it's not too dear.  
We shall scream and save  
Grandchildren on your knee  
Vera, Chuck and Dave.

Send me a postcard,  
drop me a line,  
Stating point of view.  
Indicate precisely what you mean to say.  
Yours sincerely wasting away.

Give me your answer,  
Fill in a form, -  
Mine for ever more.  
Will you still need me,  
Will you still feed me,  
When I'm sixty-four.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por iluminar meus caminhos!

Agradeço aos meus pais, que nunca mediram esforços para me apoiar em todas as etapas da minha formação, mesmo que muitas vezes sem poder acompanhar-me de perto.

Ao meu namorado Mario, que sempre foi um entusiasta e incentivador da minha carreira na pesquisa, estando presente em todos os momentos.

Aos meus irmãos, que do seu jeito estavam sempre dispostos a ajudar.

À Prof<sup>a</sup> Elizeth Heldt, minha orientadora, por ter acreditado no meu potencial, por ter aceitado compartilhar seus conhecimentos ao longo dessa trajetória e por ter acompanhado cada etapa com paciência e dedicação.

À Prof<sup>a</sup> Dulce Maria Nunes, por ter me mostrado os encantos da pesquisa desde o início da graduação e pelos sábios conselhos.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem.

Aos professores que aceitaram participar da banca.

Aos colegas do mestrado, em especial Ana Carolina Falchetti, companheira em vários momentos.

Aos amigos, principalmente Deborah Seganfredo e Débora Eckert, que sempre estiveram ao meu lado, desde a graduação.

Aos companheiros do grupo de pesquisa.

À Professora Ceres, por tornar a estatística divertida.

Aos usuários do CAPS, por aceitarem participar deste estudo e contribuírem com seus relatos.

Aos meus colegas de trabalho, especialmente Lúcia e Priscila, pelo incentivo e apoio na coleta de dados.

Agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste sonho!

## RESUMO

O envelhecimento populacional é um fato e não é diferente entre os portadores de transtornos mentais. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um dos locais para o tratamento dessa população que necessita de cuidado contínuo. Entretanto, ainda são poucos os estudos que incluem usuários de CAPS acima de 60 anos. O presente estudo tem por objetivo identificar os determinantes sociodemográficos, clínicos e de capacidade funcional na qualidade de vida de idosos com transtornos mentais que frequentam um CAPS. Trata-se de um estudo transversal realizado com usuários de CAPS, com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, não demenciados (Mini-Exame do Estado Mental – MEEM > 13), em atendimento no CAPS há pelo menos seis meses e com diagnóstico de transtorno mental. Para verificar a qualidade de vida (QV), foi utilizado o WHOQOL-BREF e, para complementar as informações, o WHOQOL-OLD. Para avaliar a intensidade dos sintomas de ansiedade e depressivos, foram utilizadas a escala de Hamilton-Ansiedade (HAM-A) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI), respectivamente. A capacidade funcional foi mensurada pela Avaliação Sócio-Funcional em Idosos (IASFI). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (nº 21475). Um total de 50 idosos foi incluído, e o perfil da amostra que predominou foi o seguinte: 38(76%) indivíduos do sexo feminino, com média de idade (desvio padrão) de 67,5(5,72) anos, 28(56%) sem companheiro e 40(80%) com ensino fundamental incompleto, sendo 29(58%) pertencentes à classe econômica C. O diagnóstico mais prevalente em 31(62%) da amostra foi de depressão. Todos utilizavam pelo menos um tipo de psicofármaco, sendo em média (DP)=2,1(0,8) medicações, e a mais utilizada foram os antidepressivos por 39(78%) dos idosos. Também foi frequente a presença de comorbidade clínica em 39(78%) da amostra, sendo que 29(58%) com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e 12(24%) para diabetes melito tipo 2. A mediana (intervalo interquartis) dos sintomas depressivos (BDI) foi de 15,5(8,75-29) e a média (DP) da ansiedade foi de 13,6(7,71). O total da pontuação da capacidade funcional foi, em média, de 159,7(15,13), categorizada como independência modificada/ completa, isto é, que não precisa de ajuda para executar as atividades. A maioria dos idosos (62%) frequentava o CAPS há mais de 2 anos, sendo 29(58%) na modalidade não intensiva e 38(76%) participavam de oficinas de terapia ocupacional. Para identificar os determinantes de QV, foi realizada uma análise de regressão linear hierárquica que considerou para a inclusão no modelo as variáveis com  $p < 0,05$  após a análise bivariada. O resultado da regressão

demonstrou que as variáveis independentes que determinaram pior QV foram relacionadas, sobretudo, às características clínicas como sintomas depressivos mais intensos (média de -1,20 a -0,43 pontos) nos domínios avaliados pelo WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD e maior número de comorbidades clínicas (média de -3,15 a -5,39 pontos) nos domínios avaliados pelo WHOQOL-OLD. A melhor capacidade funcional nas atividades básicas de vida diária (média de 0,56 a 0,67 pontos) foi determinante para melhor QV em ambas as escalas. Concluiu-se que os principais determinantes de QV foram às características clínicas e de capacidade funcional, especialmente os sintomas depressivos e a presença de comorbidades clínicas. Considerando-se o envelhecimento da população, inclusive dos portadores de transtorno mental, os achados confirmam a importância de uma avaliação que contemple os diferentes aspectos do idoso para a elaboração do projeto terapêutico em CAPS.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida. Envelhecimento da população. Transtornos mentais. Centro de Atenção Psicossocial.

## ABSTRACT

Population aging is a fact and is no different among patients with mental disorders. The Psychosocial Care Center (CAPS) is a place for treating these types of patients who need ongoing care. However, few studies exist that include CAPS users over age 60. The purpose of this study is to identify the sociodemographic, clinical and functional capacity determinants in the quality of life of elderly people with mental disorders who are treated in a CAPS. It is a cross-sectional study conducted among CAPS users, over age 60, male or female and non-demented (Mini-Mental State Examination – MMSE > 13), who have been receiving treatment in a CAPS for at least six months for a diagnosed mental disorder. To determine quality of life (QOL), the WHOQOL-BREF was used and to complement the information, the WHOQOL-OLD. To assess the severity of anxiety and depression symptoms, the Hamilton-Anxiety (HAM-A) rating scale and the Beck Depression Inventory (BDI) were used, respectively. Functional capacity was measured through a Social and Functional Assessment of the Elderly. The study was approved by the Research Ethics Committee of Universidade Federal do Rio Grande do Sul (No. 21475). A total of 50 elderly people were included, and the sample profile that predominated was the following: 38 (76%) females, with an average age (standard deviation) of 67.5 (5.72) years; 28 (56%) without a mate; 40 (80%) with incomplete primary education and 29 (58%) belonging to economic class C. The most prevalent diagnosis in 31 (62%) from the sample was depression. All of them used at least one type of psychotropic drug, representing an average (SD) of 2.1 (0.8) medications, and antidepressants were the medication most used by 39 (78%) of the elderly. The presence of medical comorbidity was frequent, corresponding to 39 (78%) of the sample, with 29 (58%) diagnosed with hypertension and 12 (24%) with diabetes mellitus type 2. The median (interquartile range) of depressive symptoms (BDI) was 15.5 (8.75-29) and the mean (SD) for anxiety was 13.6 (7.71). The total functional capacity score was, on average, 159.7 (15.13), categorized as modified/full independence, that is, no assistance is needed to perform activities. Most of the elderly (62%) have been visiting the CAPS for over 2 years, with 29 (58%) in the non-intensive category and 38 (76%) have participated in occupational therapy workshops. In order to identify the QOL determinants, we conducted a hierarchical linear regression analysis that considered variables for inclusion in the model with  $p < 0.05$  after the bivariate analysis. The results of the regression analysis showed that the independent variables that determined lower QOL were mainly related to clinical characteristics such as more

intense depressive symptoms (mean of -1.20 to -0.43 points) in the areas assessed by the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD and a larger number of medical comorbidities (mean of -3.15 to -5.39 points) in the areas assessed by the WHOQOL-OLD. Better functional capacity in basic everyday activities (mean of 0.56 to 0.67 points) was a determining factor for better QOL in both rating scales. It was concluded that the main QOL determinants were clinical characteristics and functional capacity, especially depressive symptoms and the presence of medical comorbidities. Given the aging of the population, including those with mental disorders, the findings confirm the importance of assessments that encompass the different aspects of elderly patients in order to prepare therapeutic projects in CAPS.

**Keywords:** Quality of life. Population aging. Mental disorders. Psychosocial Care Center.

## RESUMEN

El envejecimiento poblacional es un hecho y no es diferente entre los portadores de trastornos mentales. El Centro de Atención Psicosocial (CAPS) es uno de los locales para el tratamiento de esa población que necesita cuidado continuo. Sin embargo, todavía son pocos los estudios que incluyen usuarios de CAPS superior a 60 años. El presente estudio tiene por objetivo identificar los determinantes sociodemográficos, clínicos y de capacidad funcional en la calidad de vida de ancianos con trastornos mentales que frecuentan un CAPS. Se trata de un estudio transversal realizado con usuarios de CAPS, con 60 años o más, de ambos sexos, no demenciados (Miniexamen del Estado Mental – MEEM > 13), en atención en el CAPS hace por lo menos seis meses y con diagnóstico de trastorno mental. Para verificar la calidad de vida (QV), se utilizó el WHOQOL-BREF y, para complementar las informaciones, el WHOQOL-OLD. Para evaluar la intensidad de los síntomas de ansiedad y depresivos, se utilizó la escala de Hamilton-Ansiedad (HAM-A) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI), respectivamente. La capacidad funcional fue mensurada por la Evaluación Sociofuncional en Ancianos (IASFI). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidade Federal do Rio Grande do Sul (n° 21475). Un total de 50 ancianos fue incluido, y el perfil de la muestra que predominó fue el siguiente: 38(76%) individuos del sexo femenino, con promedio de edad (desvío estándar) de 67,5(5,72) años, 28(56%) sin compañero y 40(80%) con enseñanza fundamental incompleta, siendo 29(58%) pertenecientes a la clase económica C. El diagnóstico más prevalente en 31(62%) de la muestra fue de depresión. Todos utilizaban por lo menos un tipo de psicofármaco, siendo en promedio (DP)=2,1(0,8) medicaciones, y la más utilizada fueron los antidepresivos por 39(78%) de los ancianos. También fue frecuente la presencia de comorbidad clínica en 39(78%) de la muestra, el 29(58%) con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica y el 12(24%) para diabetes melito tipo 2. La mediana (intervalo intercuartis) de los síntomas depresivos (BDI) fue de 15,5(8,75-29) y el promedio (DP) de la ansiedad fue de 13,6(7,71). El total de la puntuación de la capacidad funcional fue, un promedio, de 159,7(15,13), categorizada como independencia modificada/ completa, o sea, que no necesita ayuda para ejecutar las actividades. La mayoría de los ancianos (62%) frecuentaba el CAPS hace más de 2 años, el 29(58%) en la modalidad no intensiva y 38(76%) participaban de talleres de terapia ocupacional. Para identificar los determinantes de QV, se realizó un análisis de regresión lineal jerárquica que consideró para la inclusión en el modelo las variables con  $p < 0,05$  después del análisis bivariado. El resultado de la regresión demostró que las variables

independientes que determinan peor QV fueron relacionadas, sobre todo, a las características clínicas como síntomas depresivos más intensos (promedio de -1,20 a -0,43 puntos) en los dominios evaluados por el WHOQOL-BREF y WHOQOL-OLD y mayor número de comorbidades clínicas (promedio de -3,15 a -5,39 puntos) en los dominios evaluados por el HOQOL-OLD. La mejor capacidad funcional en las actividades básicas de vida diaria (promedio de 0,56 a 0,67 puntos) fue determinante para mejor QV en ambas escalas. Se concluyó que los principales determinantes de QV fueron las características clínicas y de capacidad funcional, especialmente los síntomas depresivos y la presencia de comorbidades clínicas. Considerándose el envejecimiento de la población, inclusive de los portadores de trastorno mental, los estudios confirman la importancia de una evaluación que abarque los diferentes aspectos del anciano para la elaboración del proyecto terapéutico en CAPS.

**Palabras Clave:** Calidad de vida. Envejecimiento de la población. Trastornos mentales. Centro de Atención Psicosocial.

## LISTA DE QUADROS

**Quadro** - Conceitos e conteúdos dos domínios do WHOQOL-OLD

43

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Características sociodemográficas e clínicas dos idosos que frequentam o CAPS	47
<b>Tabela 2</b> - Associação entre qualidade de vida e as características de sexo e a situação conjugal do idoso	49
<b>Tabela 3</b> - Correlação entre as características sociodemográficas e clínicas com a qualidade de vida dos idosos	51
<b>Tabela 4</b> - Correlação entre as atividades desenvolvidas no CAPS e a capacidade funcional dos idosos com a qualidade de vida	53
<b>Tabela 5</b> - Análise de regressão linear hierárquica para os escores de qualidade de vida do WHOQOL-BREF	55
<b>Tabela 6</b> - Análise de regressão linear hierárquica para os escores de qualidade de vida do WHOQOL-OLD	56

## LISTA DE ABREVIATURAS

AAVD	Atividades Avançadas de Vida Diária
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AUT	Autonomia
AVD	Atividades de Vida Diária
BDI	Inventário de Depressão de Beck
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Drogas
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão
DAD	Morte e Morrer
DM2	Diabete Melito tipo 2
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – IV – Versão Revisada
EDG	Escala de Depressão Geriátrica
FS	Funcionamento dos Sentidos
HAM	<i>Hamilton</i> para Ansiedade
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IMAO	Inibidores da Monoamina Oxidase
ISRS	Inibidores de Recaptação Seletiva de Serotonina
INT	Intimidade
IASF	Instrumento de Avaliação Sociofuncional
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPF	Atividades Passadas, Presentes e Futuras
PTS	Projeto Terapêutico Singular
QV	Qualidade de Vida
SOP	Participação Social
SUS	Sistema Único de Saúde

TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
WHOQOL	<i>World Health Organization for Quality of Life</i>
WHOQOL-BREF	<i>World Health Organization for Quality of Life – Versão Breve</i>
WHOQOL-OLD	<i>World Health Organization for Quality of Life – Idoso</i>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	18
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	21
2.1	OBJETIVO GERAL	21
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	22
3.1	ENVELHECIMENTO E TRANSTORNOS MENTAIS	22
3.1.1	<b>Transtornos de humor</b>	22
3.1.2	<b>Transtornos de ansiedade</b>	26
3.1.3	<b>Transtornos psicóticos</b>	28
3.1.4	<b>Síndromes orgânicas e demência</b>	29
3.2	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR	30
3.3	CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS COM TRANSTORNOS MENTAIS	33
3.4	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS	37
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b>	41
4.1	AMOSTRA	42
4.2	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	42
4.3	ANÁLISE DOS DADOS	44
4.4	ASPECTOS ÉTICOS	45
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	46
5.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO	46
5.2	AVALIAÇÃO DE SINTOMAS E DE CAPACIDADE FUNCIONAL	48
5.3	FREQUÊNCIA NO CAPS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	48
5.4	DETERMINANTES DE QUALIDADE DE VIDA	48
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	57
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES</b>	60
	<b>REFERÊNCIAS</b>	
	<b>APÊNDICE A – PROTOCOLO DE PESQUISA</b>	69
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	71
	<b>ANEXO A – MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MMSE)</b>	72

<b>ANEXO B – WHOQOL-BREF</b>	73
<b>ANEXO C – WHOQOL-OLD</b>	75
<b>ANEXO D – HAMILTON ANSIEDADE (HAM-A)</b>	79
<b>ANEXO E – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)</b>	80
<b>ANEXO F – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO SÓCIO-FUNCIONAL EM IDOSOS (IASFI)</b>	82
<b>ANEXO G – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA</b>	86
<b>ANEXO H – CARTA DE APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS</b>	87
<b>ANEXO I – CARTA DE APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PEQUISA DA UFRGS</b>	88

## 1 INTRODUÇÃO

O Brasil está passando por um envelhecimento populacional de forma rápida. Em 2011, a população idosa residente no país foi estimada em 195,2 milhões, um aumento de 1,8% (3,5 milhões) em relação a 2009. A população com 60 anos ou mais é de 12,1%, percentual que era de 11,3% em 2009, o que indica que prossegue a tendência de envelhecimento da população brasileira. As regiões Sudeste e Sul apresentam a maior concentração de idosos (13,3% e 13,1%, respectivamente) (IBGE, 2012).

O processo de envelhecimento populacional traz mudanças significativas no âmbito da saúde. Paralelamente ao aumento dos anos de vida, a sociedade depara-se com um maior percentual de doenças crônicas não transmissíveis, e essa mudança do perfil epidemiológico acarreta intervenções mais onerosas, demandando tecnologia de alta complexidade (VOYER; MARTIN, 2003). Portanto, é imperioso reorientar a organização do sistema de saúde e do cuidado para atender a essa demanda crescente, o que requer medidas urgentes em termos de políticas sociais e econômicas (FREIRE JÚNIOR; TAVARES, 2006).

Assim, torna-se necessário revisar o enfoque do atendimento de saúde centrado na necessidade de manter o máximo de funcionalidade dos idosos, postergando a deficiência. Igualmente importante é a reestruturação dos sistemas de saúde, com a formação de recursos humanos qualificados para o atendimento integral das pessoas maiores de 60 anos e a adoção de medidas de prevenção da doença e promoção da saúde não só na velhice, mas em todas as etapas do ciclo vital (OPAS, 2007).

Nesse contexto, incluem-se também os idosos portadores de transtornos mentais, uma vez que suas características clínicas e psicopatológicas diferem das peculiaridades de idosos sem doença mental. A Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, trata da reforma psiquiátrica brasileira, dispondo sobre o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental e sobre os direitos das pessoas ditas portadoras de transtornos mentais (BRASIL, 2001).

Embora a maioria dos idosos seja portadora de ao menos uma doença crônica, muitos conseguem ter uma vida normal quando suas enfermidades são estabilizadas. No entanto, o descontrole das doenças crônicas implica o aparecimento de sequelas decorrentes e incapacidades associadas, o que compromete decisivamente a autonomia e a capacidade funcional do idoso. Assim, quanto maior for o período de descontrole dessas doenças, maiores as chances de comprometimento da capacidade funcional nessa faixa etária (RODRIGUES et al., 2008). Além disso, estudos evidenciam que os sintomas depressivos estão negativamente

correlacionados à qualidade de vida (QV), isto é, quanto mais intenso for o sintoma depressivo, pior será a QV (FLECK et al., 2002; CORSO et al., 2009).

Um desafio que a longevidade impõe é o de conseguir uma maior sobrevida e, principalmente, com melhor QV (MAUÉS et al., 2010). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1995, p. 1404).

Outro aspecto relevante é a capacidade funcional, cuja avaliação representa um desafio a ser enfrentado diante da heterogeneidade do processo de envelhecimento e das influências de diversos fatores que podem acometer as famílias dos idosos. Tal panorama gera novas demandas em toda a área da saúde, especialmente a enfermagem (AIRES; PASKULIN; MORAIS, 2010). Portanto, as propostas de tratamento direcionadas aos idosos, além de objetivar a restauração da saúde, precisam contemplar também ações para a melhoria da QV e a preservação da autonomia, proporcionando uma interação multidimensional entre saúde física e psicossocial (OMS, 1996a).

Não obstante, a evidência do crescimento desse segmento populacional está sendo acompanhada pela incerteza das condições de cuidados que experimentarão os longevos. O envelhecimento da população e o aumento da sobrevivência de pessoas com redução da capacidade física, cognitiva e mental exigem uma mudança no que se refere à rede de serviços de saúde (CAMARANO; KANSO, 2010). Considerando que a organização de serviços depende de informações precisas e baseadas em estudos, podemos supor que o cuidado ao doente mental que envelhece ainda é um grande desafio à saúde pública (VOYER; MARTIN, 2003).

Após a aprovação da Lei nº 10.216, a política de saúde mental preconizou vários dispositivos substitutivos de hospitais psiquiátricos, como os centros de atenção psicossocial (CAPS), os hospitais-dia, os leitos em hospitais gerais, os ambulatórios com espaços de convivência coletiva e os serviços residenciais terapêuticos. Nessa perspectiva, o Programa de Volta para Casa e os Projetos de Geração de Renda surgem como direitos inerentes a qualquer ser humano (BRASIL, 2002a).

Evidencia-se, com tais medidas, que a desinstitucionalização combinada ao envelhecimento da população tem incrementado as necessidades de cuidados de idosos com transtornos mentais nesses espaços. A tendência é o aumento dessa demanda, visto que estudos estimam uma prevalência de quase 20% de idosos com sintomas significativos de doença mental nos Estados Unidos, e a previsão é de que esse número triplique até 2030 (THOMPSON; LANG; ANNELLS, 2008).

Pelo fato de ser enfermeira de CAPS e participar do processo de acolhimento, desenvolvimento de plano terapêutico e atendimento de inúmeros idosos com transtornos mentais graves, constatei a necessidade de investigar questões relacionadas à QV, ao funcionamento diário dos idosos e ao modo como o projeto terapêutico singular (PTS) desenvolvido no CAPS pode direcionar ações que contemplem a integralidade do cuidado dos usuários idosos.

A hipótese deste estudo é a de que determinadas características sociodemográficas, clínicas e de funcionamento influenciam a QV de idosos com transtornos mentais graves em atendimento na modalidade de CAPS.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar os determinantes sociodemográficos, clínicos e de capacidade funcional na qualidade de vida de idosos com transtornos mentais que frequentam um centro de atenção psicossocial (CAPS).

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir o perfil sociodemográfico (sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, ocupação e situação econômica) e clínico (diagnóstico psiquiátrico, comorbidades clínicas, tempo de doença e uso de medicação) dos idosos que frequentam o CAPS.
- Identificar a presença de sintomas depressivos e de ansiedade e a capacidade funcional dos idosos que frequentam o CAPS.
- Descrever as atividades definidas no projeto terapêutico singular para os idosos em atendimento no CAPS.
- Verificar a associação entre as características sociodemográficas, clínicas e de capacidade funcional que determinam a qualidade de vida dos idosos no CAPS.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo apresenta uma breve revisão da literatura dos principais temas pertinentes ao objeto de estudo.

#### 3.1 ENVELHECIMENTO E TRANSTORNOS MENTAIS

Estudos de base populacional realizados no Brasil sobre a prevalência de doenças psiquiátricas em idosos mostra que os transtornos variam entre 10,2 a 27%. Também foi observada marcada diferença entre os gêneros: as mulheres idosas apresentam taxas superiores aos homens, havendo a proporção de 2:1 (BLAY et al., 2007).

Diversos fatores de risco clínicos, psicológicos e sociais também predis põem as pessoas idosas a sofrer transtornos mentais, sobretudo a depressão (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005). Tais fatores incluem a perda de papéis sociais e de autonomia, a morte de amigos, parentes ou cônjuge, o declínio da saúde e do funcionamento cognitivo, o isolamento e as dificuldades financeiras (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2007).

Em revisão sistemática de estudos sobre transtornos mentais e cognitivos em idosos, identificou-se que demência e depressão são as principais áreas de pesquisa, com número considerável de trabalhos produzidos. Outros transtornos mentais, como ansiedade, dependência química, transtornos psicóticos e somatoformes, são pouco pesquisados nessa faixa etária (SANTANA, 2011).

##### 3.1.1 Transtornos de humor

Os transtornos de humor estão entre os mais comuns em idosos, sendo responsáveis pela perda de autonomia e pelo agravamento de quadros patológicos preexistentes (BLAY et al., 2007). A depressão tende a ser o mais frequente, com estimativas de prevalência que variam de 4,7 a 36,8 % (LEBRÃO; DUARTE, 2003; BLAY et al., 2007; DUARTE; REGO, 2007; KLUG et al., 2010; SANTANA, 2011). A variabilidade das taxas de prevalência deve-se a fatores como instrumento utilizado, ponto de corte e gravidade dos sintomas considerados nos estudos (NOGUEIRA; ULRICH; CATALDO NETO, 2012).

De fato, o conhecimento da prevalência de transtornos de humor entre idosos é importante para definir estratégias eficazes de prevenção e intervenção (BYERS et al., 2010). Estudos relatam tendência de aumento da demência de 6% entre os pacientes com transtorno

de humor bipolar (THB) (SANTANA, 2011). Contudo, a presença de sintomas depressivos na velhice contribui para negligência no autocuidado, adesão reduzida aos regimes terapêuticos, maior risco de suicídio (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005) e diminuição na QV (CORSO et al., 2009). Segundo estimativas da OMS, o transtorno depressivo maior será a segunda principal causa de incapacidade no mundo em 2020 (BRASIL, 2006).

A depressão no idoso é heterogênea, pois idosos deprimidos podem apresentar depressão recorrente desde jovens, enquanto para outros o surgimento do primeiro episódio depressivo ocorre na velhice, quando as mudanças neurofuncionais da idade são proeminentes. Comparados a sujeitos com depressão de início precoce, os idosos com depressão de início tardio apresentam maior comorbidade com doença clínica, mais comumente com doença neurológica (XAVIER, 2006). Tendo em vista que ocorre diminuição da resposta emocional (erosão afetiva), predominam sintomas como diminuição do sono, perda de prazer nas atividades habituais, rumações sobre o passado e perda de energia (GAZALLE et al., 2004).

O transtorno bipolar, por sua vez, é caracterizado por períodos de elevação do humor (episódios maníacos, hipomaníacos ou mistos) que se repetem ou se alternam com períodos de depressão (episódios depressivos) (APA, 2000). Os primeiros sintomas costumam aparecer entre a segunda e terceira décadas de vida, atingindo seu pico de início entre 20 e 40 anos. Todavia, cerca de 8% dos casos podem começar após os 65 anos (LADEIRA, 2012).

Um aspecto relevante nas discussões sobre a depressão em idosos é a distinção entre aqueles que sofreram o primeiro episódio depressivo maior nas primeiras décadas de vida (depressão maior de início precoce) e aqueles cujo início dos sintomas ocorreu na velhice (depressão maior de início tardio). As características comumente atribuídas à depressão maior de início tardio incluem maior frequência de prejuízo cognitivo, fatores de risco cardiovascular, hiperintensidades de substância branca profunda (observadas em exames de neuroimagem) e prejuízo auditivo neurossensorial (ULRICH, 2012).

Embora as pesquisas não apresentem consistência para determinar as diferenças nos sintomas da depressão maior em idosos, alguns autores consideram mais comum a apresentação melancólica de sintomas, que inclui perda de prazer, falta de reatividade, qualidade distinta do humor deprimido, depressão regularmente pior pela manhã, insônia terminal, retardo ou agitação psicomotora acentuada, anorexia ou perda de peso, culpa excessiva ou inapropriada. Contudo, as características mais prevalentes são ansiedade, redução da atividade, sintomas somáticos e humor deprimido. Também não está claro se a apresentação clínica da depressão varia em diferentes culturas e ambientes socioeconômicos (ULRICH, 2012).

Embora se saiba que existe associação entre depressão e disfunção cognitiva, ainda há diferentes hipóteses acerca da relação causal (XAVIER, 2006). De todo modo, a presença de sintomas depressivos em idosos pode ocasionar maior comprometimento físico, social e funcional (SANTOS et al., 2012) e, assim, influenciar negativamente a QV (FLECK et al., 2002; CORSO et al., 2009).

Quanto ao tratamento da depressão em idosos, os objetivos podem incluir restauração da saúde, melhoria da QV, minimização da deficiência, preservação da autonomia e adaptação às necessidades individuais. Essa meta requer uma cooperação multidisciplinar, considerando-se as particularidades de cada usuário e respeitando-se sua dignidade e autonomia (OMS, 1996a).

Quanto ao tratamento medicamentoso, estudos recentes têm revelado que, entre os antidepressivos, os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) têm sido as drogas de primeira escolha no tratamento da depressão em pacientes idosos, devido ao perfil de meia-vida plasmática mais curta, menor atividade de seus metabólitos e menor risco de interações medicamentosas (CAMOZZATO; FILLIPON; KRUTER, 2011). Estudos sugerem que os antidepressivos tricíclicos e os inibidores da monoamina oxidase (IMAO) não são recomendados como primeira escolha para os idosos, devido a seus efeitos colaterais, como hipotensão postural (risco de quedas e fraturas), retardo miccional em alguns casos, obstipação intestinal, visão turva e alterações cardíacas, e aos efeitos prejudiciais na cognição, os quais podem advir de suas ações anticolinérgicas e sedativas (ALONSO, 2012).

Em contrapartida, as alterações cognitivas, além das induzidas pela própria depressão, não se beneficiam com o uso de antidepressivos, podendo ainda o psicofármaco vir a exercer efeito negativo sobre a cognição, conforme observado em estudo com imipramina e amitriptilina. Os resultados do estudo demonstraram que ocorreu piora dos sintomas cognitivos, a qual foi atribuída aos efeitos anticolinérgicos da medicação (ALONSO, 2012).

Com o envelhecimento, devido às alterações na eficiência das funções hepática, renal e função gastrointestinal, a farmacocinética de drogas é alterada em idosos, determinando os parâmetros de administração dos medicamentos (CAMOZZATO; FILLIPON; KRUTER, 2011). Em particular, a eficiência do metabolismo de psicofármacos diminui com a idade, levando a depuração prolongada de eliminação e de níveis plasmáticos elevados. Portanto, em comparação a pacientes mais jovens, os idosos podem ser expostos a maior risco de efeitos colaterais em decorrência de determinada dose de antidepressivos. Esse quadro pode ser confundido com alterações farmacodinâmicas causadas pela idade, possivelmente relacionadas ao aumento da sensibilidade do receptor. Além disso, pacientes idosos tornam-se mais suscetí-

veis a uma série de efeitos colaterais de medicamentos, especialmente sobre o sistema nervoso central e autônomo. Os idosos parecem mais suscetíveis aos seguintes efeitos colaterais de antidepressivos: sedação, efeitos anticolinérgicos e extrapiramidais, além da hipotensão ortostática (BOTTINO; BARCELOS-FERREIRA; RIBEIZ, 2012).

Contudo, a escolha do antidepressivo torna-se fundamental para o sucesso do tratamento e a remissão dos sintomas depressivos em pacientes idosos, o que depende de sua tolerabilidade, das condições clínicas associadas e das características individuais do paciente (CAMOZZATO; FILLIPON; KRUTER, 2011; ALONSO, 2012). Estudos apontam que cerca de 8% dos pacientes interrompem o uso de ISRS devido aos efeitos adversos. Além da prevalência de efeitos colaterais, a literatura destaca que aproximadamente 25% dos idosos com depressão que usam antidepressivos também utilizam uma grande variedade de outros medicamentos com potencial risco de interações (MARK et al., 2011).

A amitriptilina, um dos fármacos mais comumente prescritos, apresenta efeitos anticolinérgicos, como, por exemplo, tontura, xerostomia, alterações visuais, aumento da pressão intraocular, diminuição da motilidade gastrointestinal e hipotensão ortostática. Por isso, os antidepressivos recomendados como primeira escolha são os ISRS, uma vez que não apresentam efeito anticolinérgico, sedativo e hipotensivo (HELTON; MCGRAIN; MULIIRA, 2005; SANTOS; ALMEIDA, 2010; CAMOZZATO; FILLIPON; KRUTER, 2011).

Estudo que comparou a eficácia do citalopram e da amitriptilina em idosos constatou que a amitriptilina produziu uma maior incidência global de eventos adversos, incluindo uma porcentagem significativamente mais elevada de pacientes com boca seca (34% *versus* 7%) e um aumento significativo na sonolência. Constipação e fadiga também ocorreram com mais frequência no grupo da amitriptilina do que no do citalopram. Apenas a náusea teve significativamente maior incidência no grupo do citalopram. Com base nesses resultados, concluiu-se que o citalopram é tão eficaz quanto a amitriptilina no tratamento dos idosos, porém com menor incidência e baixa magnitude de efeitos colaterais (KYLE; PETERSEN; OVERO, 1998).

Em relação ao transtorno bipolar, o lítio continua sendo o medicamento de primeira linha no tratamento do episódio maníaco em pacientes jovens. Embora seja bastante utilizado também em idosos, a tolerância aos efeitos colaterais e a eficácia desse medicamento são possivelmente menores do que em pacientes mais jovens. Desde que sejam observadas as peculiaridades quanto aos níveis plasmáticos e a incidência de efeitos colaterais, o lítio pode ser considerado uma boa opção terapêutica aos idosos, sobretudo para o tratamento e a prevenção de episódios maníacos. Devem ser considerados aspectos como o declínio na função renal e a

maior passagem do medicamento para o cérebro devido à maior permeabilidade da barreira hematoencefálica nessa faixa etária (SCHEINKMAN, 2006).

A introdução dos medicamentos anticonvulsivantes no arsenal terapêutico do transtorno bipolar ampliou significativamente as opções para o tratamento farmacológico de idosos, embora os estudos sejam realizados com populações de diferentes idades ou com idosos que apresentam transtornos convulsivos, demência ou transtornos psicóticos. Assim, no caso de pacientes idosos com sintomatologia depressiva ou maníaca, o manejo clínico inicia-se com uma completa e cuidadosa avaliação clínica e psiquiátrica (SCHEINKMAN, 2006; CAMOZZATO; FILLIPON; KRUTER, 2011).

No que se refere à avaliação dos sintomas depressivos, a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) é um dos instrumentos mais utilizados para o rastreamento de depressão em idosos. A EDG original tem 30 itens e foi desenvolvida especialmente para o rastreamento dos transtornos de humor em idosos, com questões que evitam a esfera das queixas somáticas. Como vantagens, destacam-se a composição de perguntas de fácil entendimento, a pequena variação nas possibilidades de respostas e a possibilidade de se adotar autorrelato ou aplicação por um entrevistador treinado. A EDG com 15 itens (EDG-15) é a versão abreviada da escala original, sendo bastante indicada para rastreamento dos transtornos de humor tanto em ambulatórios gerais quanto em outros ambientes não especializados (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005).

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) está entre os instrumentos não específicos para idosos mais utilizados para mensurar a intensidade da depressão. Criado por Beck et al. (1961), foi elaborado originalmente para uso com pacientes psiquiátricos. No entanto, seu uso foi ampliado para outros contextos de pesquisa e para a população em geral. O BDI está adaptado e validado para o português (CUNHA, 2001).

### **3.1.2 Transtornos de ansiedade**

Os transtornos de ansiedade incluem transtornos de pânico, fobias específicas, ansiedade social, transtorno obsessivo-compulsivo, de ansiedade generalizada, de estresse agudo e de estresse pós-traumático (APA, 2002). Costumam surgir no início ou na metade da idade adulta, mas alguns sintomas aparecem pela primeira vez após os 60 anos. Devido à fragilidade do sistema nervoso autônomo em pessoas mais velhas, o desenvolvimento de ansiedade pode ocorrer após um evento estressor maior. Por exemplo, a diminuição da capacidade física con-

comitante acarreta reações de maior intensidade ao estresse pós-traumático em idosos do que em pessoas mais jovens (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2007).

Apesar disso, os transtornos de ansiedade são pouco estudados nessa população. Estudos de base epidemiológica relatam uma prevalência no transtorno de ansiedade generalizada (TAG) de 1,5 a 7,6% ao longo da vida em idosos (STEIN et al., 2008; JIMENEZ et al., 2010). Em idosos com mais de 80 anos, quando comparados a controles sem TAG, observou-se que o estado de saúde geral e a função cognitiva não diferiam entre os grupos. Por outro lado, em idosos com TAG, houve maior frequência de insônia terminal e comorbidade com síndromes depressivas, pior QV e menor consumo de álcool (XAVIER et al., 2001).

À medida que a idade avança, as características metabólicas alteram-se e o risco de reações adversas aumenta. As funções renal e hepática normalmente ficam comprometidas. Contudo, essas alterações apresentam grande variabilidade interindividual; por essa razão, o risco-benefício de um fármaco dependerá do estado clínico geral do paciente. O efeito final resulta da maneira como o organismo reage (farmacocinética) e de como os órgãos-alvo respondem (farmacodinâmica). Assim, fármacos como os benzodiazepínicos podem ter efeito potencializado para maioria dos idosos (CAMOZZATO; FILLIPON; KRUTER, 2011). Além disso, o sistema nervoso central, o intestino, a bexiga e o coração têm maior sensibilidade para medicações anticolinérgicas, o que pode causar a hipotensão ortostática, estado confusional, alterações de visão, xerostomia, anorexia, obstipação, retenção urinária e agravamento do glaucoma (SANTOS; ALMEIDA, 2010).

Estudo que avaliou a utilização de benzodiazepínicos e antidepressivos em pacientes atendidos em farmácias do Sistema Único de Saúde (SUS) revelou que a fluoxetina é o antidepressivo mais prescrito, enquanto o diazepam representa o benzodiazepínico mais dispensado nas farmácias do SUS. A quantidade de antidepressivos dispensada corresponde a mais de 60% das prescrições totais, sendo que a fluoxetina e a amitriptilina alcançam quase 55% dessas indicações; o restante das prescrições (cerca de 5%) são de imipramina, sertralina ou clomipramina (NETTO; FREITAS; PEREIRA, 2012). O estudo ainda revelou que o gênero feminino é o mais prevalente entre os usuários que receberam psicotrópicos: em oito medicamentos avaliados houve predominância das mulheres, variando de 66,7% (nitrazepam) a 85,9% (fluoxetina).

De acordo com estudos prévios, a maior utilização de benzodiazepínicos em pacientes idosos, sobretudo os fármacos de meia-vida longa, não é recomendada por produzirem sedação prolongada, aumentando o risco de quedas e, conseqüentemente, de fraturas do quadril

(FICK et al., 2003). Quando há a necessidade de utilização desses medicamentos em idosos, recomendam-se os benzodiazepínicos de ação intermediária ou curta e em doses menores (FICK et al., 2003; NETTO; FREITAS; PEREIRA, 2012). Convém salientar que tanto os benzodiazepínicos quanto os antidepressivos apresentam risco de reações adversas graves para os idosos, com exceção da sertralina, que tende a causar reações menos intensas (FICK et al., 2003; NETTO; FREITAS; PEREIRA, 2012).

O uso de benzodiazepínicos como ansiolítico, sedativo e hipnótico equivale a 96,2% na população idosa no Canadá. Embora o uso de benzodiazepínicos seja justificado em muitas situações, o uso em longo prazo e as prescrições inapropriadas são fenômenos comuns. Pelo fato de que os idosos apresentam menos massa muscular, aumento na porcentagem de gordura corporal e redução na eliminação dos medicamentos, devido à diminuição na eficiência renal, eles são expostos à ação prolongada dos benzodiazepínicos (CAMOZZATO; FILLIPON; KRUTER, 2011). Esse uso pode estar associado à hipertensão arterial sistêmica (HAS), bem como a doenças coronarianas e renais, aumentando o risco de quedas, fraturas e hospitalizações. Além disso, estudos mostram que 9,5% dos usuários de benzodiazepínicos preencheram os critérios de dependência química, conforme o Manual de Estatística de Transtornos Mentais (DSM-IV; APA, 2002), e os idosos também são suscetíveis ao desenvolvimento de dependência física e psicológica dos benzodiazepínicos (PRÉVILLE et al., 2012).

### **3.1.3 Transtornos psicóticos**

Os transtornos psicóticos, como a esquizofrenia, são pouco estudados em idosos, provavelmente devido às altas taxas de mortalidade precoce quando comparadas às taxas da população geral (SANTANA, 2011). Sabe-se, porém, que a incidência de suicídio em esquizofrênicos de idade avançada é particularmente frequente, sendo cerca de 20 vezes maior que a observada na população geral (MENEZES, 2000).

A esquizofrenia tende a começar no final da adolescência ou na idade adulta jovem e persiste durante toda a vida. Cerca de 20% das pessoas com tal condição não apresentam sintomas ativos aos 65 anos e 80% sofrem graus variáveis de prejuízo. Aparentemente, a psicopatologia torna-se menos acentuada à medida que o paciente envelhece (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2007).

Apesar de ter uma expectativa de vida menor, as pessoas com esquizofrenia estão envelhecendo juntamente com a população em geral. O alcance de 55 anos ou mais deve dobrar

nos próximos 20 anos nos Estados Unidos. Devido a uma variedade de fatores (sobretudo hábitos de vida inadequados e efeitos colaterais da medicação), comorbidades como hiperlipidemia, obesidade, condições cardiovasculares e respiratórias, diabetes melito (DM), osteoporose e abuso de substâncias são frequentes em pessoas com esquizofrenia (CHENG et al., 2011).

Os antipsicóticos constituem o principal tratamento para pacientes com esquizofrenia. A descoberta dos antipsicóticos de primeira geração, na década de 1950, trouxe grande benefício para pacientes com esquizofrenia, na medida em que tais medicamentos mostraram eficácia no combate aos sintomas psicóticos e, como consequência, possibilidade de tratamento em regime ambulatorial e redução tanto da permanência hospitalar quanto do número de internações (ELKIS; LOUZÃ, 2007).

Os antipsicóticos são prescritos nos casos em que os idosos apresentam alguma sintomatologia de demência e/ou comportamentos compatíveis com paranoia, agitação e/ou alucinações. As principais reações adversas relacionam-se aos efeitos anticolinérgicos. Também é comum a sedação excessiva (e consequentes quedas e fraturas). Podem ainda ocorrer disritmias causadas por alterações na condução cardíaca. Em tese, os neurolépticos mais recentes ou atípicos – como a risperidona, a olanzapina e a quetiapina – têm um perfil de segurança melhorado, com eficácia semelhante (SANTOS; ALMEIDA, 2010; CAMOZZATO; FILLIPON; KRUTER, 2011).

### **3.1.4 Síndromes cerebrais orgânicas e demência**

A prevalência de síndromes cerebrais orgânicas varia de 4,3 a 6,8%. O prejuízo intelectual na demência desenvolve-se com o passar do tempo, ou seja, funções mentais anteriormente adquiridas são perdidas de forma gradual (BLAY et al., 2007). As alterações características de demência envolvem cognição, memória, linguagem e funções visuoespaciais (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2007). A disfunção cognitiva pode estar relacionada à presença de depressão, mas ainda não existem evidências que comprovem tal associação. Ambas comorbidades são altamente prevalentes na velhice, mesmo sendo independentes uma da outra (XAVIER, 2006).

A depressão parece associar-se a ocorrência de quadros demenciais, sendo que a idade desempenha algum papel de início dos sintomas. Evidências sugerem que os casos de início precoce seriam um fator de risco para doença de Alzheimer, enquanto alguns casos de início tardio representariam estados prodrômicos de transtornos demenciais. Existem, porém,

estudos que comprovaram não haver ligação entre depressão e prejuízo cognitivo (ULRICHK, 2012).

### 3.2 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Em 1991, foi aprovado pelo Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 3.657, de autoria do Deputado Paulo Delgado, que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por novas modalidades de atendimento, tais como hospitais-dia, centros de atenção psicossocial (CAPS) e núcleos de atenção psicossocial, enquanto regulamentam as internações psiquiátricas compulsórias (VIDAL et al., 2012). Todas essas ações culminaram na Lei nº 10.216/01, que dispõe sobre os direitos do portador de transtorno mental, tornando-se um marco na história da psiquiatria brasileira por envolver, em tal proposta, profissionais da área de saúde, usuários e familiares (BRASIL, 2004).

Com o intuito de acolher e resgatar a cidadania de pessoas portadoras de transtornos mentais graves e persistentes, o CAPS foi estabelecido pela Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que define normas e diretrizes para a reorganização de serviços que prestam assistência em saúde mental. O CAPS constitui-se em um serviço ambulatorial de atenção diária que funciona segundo a lógica do território (BRASIL, 2002b). De fato, a complexidade dos problemas de saúde mental exige a articulação entre as múltiplas formas assistenciais às quais o usuário recorre como subsídio para suas demandas e necessidades de vida. No campo da saúde mental, o território constitui o lugar onde estão presentes as situações, as pessoas ou as relações mais complexas que envolvem o seu (des)equilíbrio (AMARANTE, 2007; PINTO et al., 2012).

Esses locais de tratamento são ambientes abertos que propiciam o máximo de aproximação dos espaços onde os indivíduos costumam viver, como a casa, o trabalho e a escola. O objetivo é fazer com que a reinserção social e o retorno ao convívio em comunidade ocorram mais facilmente. São, portanto, estruturas abertas de tratamento que, em tese, propõem-se a desconstruir o tradicional sistema manicomial, rompendo com os limites e a inércia habituais dessas instituições (BRASIL, 2004). De fato, a atenção psicossocial tem sustentado um conjunto de ações norteadas pela meta de substituição do modo asilar que presuppõe a desconstrução e transformação do modo manicomial. Assim, rompe sobretudo com o paradigma doença-cura e com práticas identificadas com o modelo clínico vigente e estigmatizador (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

Essas redes de serviços abrangem a complexidade das necessidades das pessoas que deles se utilizam. A partir da Portaria GM nº 336/02, os CAPS passaram a configurar o eixo central das práticas em saúde mental e podem constituir-se, de acordo com sua capacidade e complexidade, como CAPS I, CAPS II ou CAPS III. Nesse sentido, os CAPS I são serviços implantados em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, que funcionam de segunda a sexta-feira. O CAPS II é um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes que se responsabiliza pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território (BRASIL, 2002b). Os CAPS III existem em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com funcionamento diário 24 horas, inclusive nos feriados e fins de semana. Existem ainda CAPS que oferecem atendimento exclusivamente para crianças e adolescentes, os CAPSi, em municípios com população acima de 200.000 habitantes. Outra modalidade são os CAPSad, para usuários dependentes de álcool e outras drogas, em municípios com população acima de 100.000 habitantes (BRASIL, 2004).

Tais serviços têm a função de substituir um modelo fundado no âmbito puramente médico-biológico e asilar para dar lugar a um tipo de cuidado baseado no modelo psicossocial, que se descentra da dimensão predominante do tratamento hospitalar, do aspecto patológico e da exclusão social para priorizar o sofrimento, o aspecto simbólico e a inclusão sociocultural dos portadores de transtornos psíquicos (AMARANTE, 2007).

A frequência do usuário no CAPS depende da necessidade individual, podendo ser prescrito o regime intensivo, semi-intensivo ou não intensivo. No atendimento intensivo, a frequência do usuário é diária, sendo oferecido quando a pessoa encontra-se em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou em dificuldades intensas no convívio social e familiar.

A modalidade semi-intensiva prevê frequência de até 12 dias no mês, sendo oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuam, tendo por objetivo melhorar as possibilidades de relacionamento; contudo, há necessidade de atenção direta da equipe para reabilitação e recuperação da autonomia do usuário. O atendimento não intensivo prevê frequência de até três dias no mês, sendo que o usuário não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho (BRASIL, 2004).

Sabe-se que, durante anos, os programas de atenção em psiquiatria foram regidos pelo procedimento recorrente de separação do doente da comunidade e de centralização do poder hierárquico na figura do médico psiquiatra, que operava como suporte unificado no

tratamento dispensado ao paciente. Portanto, nesse modelo, os projetos terapêuticos não existiam, já que o tratamento era terminantemente regido pela ação medicamentosa, visando à remissão sintomatológica. Assim, a partir da ampliação da terapêutica para dimensões que incluem a complexidade da experiência no adoecimento mental, foi possível elaborar planos terapêuticos por meio de uma abordagem multidisciplinar (FIORATI; SAEKI, 2012a).

Para efetivação do tratamento, é primordial que usuário e família participem do processo. Para tanto, os CAPS utilizam atualmente como instrumento de trabalho em equipe o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que possibilita a participação do usuário e, conseqüentemente, a construção de sua autonomia. Esse instrumento considera a historicidade e as necessidades individuais do usuário inseridas em um contexto (SANDUVETTE, 2007).

A elaboração do PTS acontece por meio da atuação do profissional-referência do usuário/família e desse profissional com toda a equipe, por meio de discussões e estudo do caso. O PTS deve necessariamente incluir ações que visem à melhora da autonomia do doente e da família/rede social sobre o seu problema, no sentido do cuidado de si e da capacitação de cuidadores, com a transferência de informações e técnicas de cuidados (BRASIL, 2004).

Tendo em vista a complexidade dessa ação, é essencial que os projetos terapêuticos sejam reavaliados periodicamente com o usuário e os familiares, em conjunto com os profissionais da equipe interdisciplinar. É esse diálogo e entendimento mútuo que possibilitará a realização de práticas integradas e ações transformadoras (MORORÓ; COLVERO; MACHADO, 2011).

De acordo com a proposta do CAPS, torna-se necessário pensar os cuidados da enfermagem para com os usuários dos serviços de saúde mental com base em uma proposta interdisciplinar e integral (VIDAL et al., 2012). Os CAPS podem oferecer diferentes tipos de atividades terapêuticas. Esses recursos vão além do uso de consultas e medicamentos, caracterizando o que tem sido denominado de *clínica ampliada*. Essa ideia vem sendo construída nas práticas de atenção psicossocial e tem provocado mudanças significativas nas formas tradicionais de compreensão e de tratamento dos transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Nesse contexto, o enfermeiro assume um grande desafio como integrante das equipes que atuam em serviços substitutivos. Juntamente com os demais membros da equipe, é preciso favorecer um ambiente de liberdade, acolhimento, respeito às pessoas, estímulo às habilidades e capacidades individuais (VIDAL et al., 2012).

Embora já tenham ocorrido diversos avanços, o campo da saúde mental ainda está em expansão. Estudo realizado com familiares de usuários de um CAPS apontou que os profissionais realizam várias atividades que motivam a integração e a reinserção no convívio

social e estabelecem vínculo com os usuários. Além disso, foi relatado que os profissionais esforçam-se para atender à demanda de forma organizada, de modo a suprir as necessidades dos usuários do CAPS, os quais sentem-se incompreendidos ou negligenciados em outros ambientes de cuidado (KANTORSKI et al., 2012). Esse processo que visa à reabilitação e ao desenvolvimento de novas atitudes e comportamentos também deve acontecer junto às famílias para produzir trocas afetivas e de sociabilidade (PIMENTA, 2012).

Assim, o CAPS é avaliado como um serviço substitutivo promissor devido à promoção de mudanças conceituais e de cuidado, cujo destaque está na singularidade e na diversidade para ir além do estigma e dos conceitos preestabelecidos de incapacidade, periculosidade e inclusive de cura (MIELKE, 2012).

As atividades realizadas em um serviço extra-hospitalar de saúde mental não devem ser um fim em si mesmas. Na verdade, os serviços substitutivos propiciam espaços para enfrentar as consequências geradas pelo sofrimento psíquico e a possibilidade de inovar no cotidiano para gerar autonomia. Além das atividades que constituem o projeto terapêutico, devem ser proporcionadas relações intersubjetivas e de construção de identidade que favoreçam o desenvolvimento do potencial criativo de cada usuário (FIORATI; SAEKI, 2012b).

Assim, as atividades do PTS são centradas na construção concreta da QV que vão desde aquelas ligadas à manutenção da vida diária e de autocuidados, até aquelas relacionadas à recriação permanente da vida social. Nesse sentido, o indivíduo é visto em sua cotidianidade, inserido em um mundo intersubjetivo, cuja existência só passa a ter sentido com base na participação e na conjunção com outros indivíduos. Isso ocorre a partir da interação e das relações humanas nas quais o cotidiano é formado e produzido, um contexto no qual sua singularidade é recriada (FIORATI; SAEKI, 2012b).

### 3.3 CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS COM TRANSTORNOS MENTAIS

À medida que o ser humano envelhece, as tarefas do cotidiano consideradas banais podem tornar-se paulatinamente difíceis de realizar. No decorrer da vida, a capacidade funcional do organismo vai diminuindo, conforme um processo natural e fisiológico de envelhecimento. Do ponto de vista biológico, o envelhecimento pode ser conceituado como um processo dinâmico e progressivo no qual ocorre uma perda gradativa da capacidade de adaptação da pessoa ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de pro-

cessos patológicos (DUARTE, 2002). Muitas vezes, os idosos percebem-se dependentes de outra pessoa para a realização de tarefas, inclusive de autocuidado. Assim, a avaliação da capacidade funcional trata do desempenho das atividades de vida diária e pode ser um indicador relevante de QV do idoso (ARAÚJO; CEOLIM, 2007).

A capacidade funcional pode ser definida como o potencial que os idosos apresentam para decidir e atuar de forma independente em seu cotidiano. As informações geradas pela avaliação da capacidade funcional possibilitam conhecer o perfil dos idosos, usando-se ferramenta simples e útil, que pode auxiliar na definição de estratégias de promoção de saúde, visando a retardar ou prevenir as incapacidades (FIEDLER; PERES, 2008).

A condição de realizar as atividades cotidianas sem a necessidade de ajuda de terceiros passa a ser um dos principais indicadores de saúde da população idosa. As atividades de vida diária (AVDs) são aspectos importantes observados na avaliação da capacidade funcional dessa população (LOURENÇO, 2011).

A manutenção da capacidade funcional dos idosos é uma medida de avaliação, além de constituir um cuidado essencial para evitar o declínio funcional, que é comumente influenciado por alguns fatores de risco, como a própria idade avançada, gênero, baixa escolaridade, situação conjugal e baixa renda. Outros fatores, como comorbidades, hábitos alimentares e de saúde, atividade física e atividades de lazer, também exercem influência nos déficits de funcionalidade desses indivíduos (ROSA et al., 2003).

Pesquisa realizada evidenciou que 26,8% dos idosos apresentavam dependência para execução das AVDs, sendo as mais prevalentes tomar banho e vestir-se (TAVARES; DIAS, 2012). Destaca-se que a capacidade funcional também pode indicar o grau de independência, assim como a necessidade de instituir medidas preventivas e de intervenções terapêuticas. Tais medidas visam a reduzir os mecanismos que afetam o declínio da habilidade do sujeito para exercer diversas funções físicas e mentais cotidianas (DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009).

Na prática, trabalha-se com os conceitos de *capacidade e incapacidade funcional*. O conceito de capacidade funcional pode ser definido de várias formas, o que o torna complexo, já que envolve outros âmbitos, como de deficiência, incapacidade e desvantagem, bem como de autonomia e independência. A incapacidade funcional define-se pela presença de dificuldade no desempenho de algumas atividades da vida cotidiana ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las (ROSA et al., 2003). O comprometimento da capacidade funcional do idoso também tem implicações para a família, para a comunidade e para o sistema de saúde, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice (AL-

VES et al., 2007), além de aumentar o risco de mortalidade (RAMOS; SIMÕES; ALBERT, 2001).

Quando o objetivo é a avaliação de idosos que estejam restritos ao ambiente doméstico, o mais indicado é um instrumento que verifique o desempenho na realização das AVDs, porque são as atividades de autocuidado que permitem ao idoso responder por si no espaço de seu domicílio. A dificuldade ou incapacidade na realização dessas tarefas representa risco elevado para a perda da independência funcional (RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005).

Três conceitos foram elaborados para diferenciar e classificar as AVDs. O primeiro foi desenvolvido em 1963 e refere-se às atividades básicas de vida diária (ABVDs), que envolvem as atividades relacionadas ao autocuidado, como alimentar-se, banhar-se, vestir-se, arrumar-se, mobilizar-se e manter o controle sobre suas eliminações. O índice de independência nas AVDs é um dos instrumentos mais antigos e mais citados na literatura nacional e internacional (FONSECA, RIZZOTTO, 2008). Contudo, tem sido utilizado de diferentes formas quanto à classificação de dependência/independência, o que impede a uniformidade de conceitos e a comparação entre as pesquisas (LOURENÇO et al., 2012).

O segundo conceito, criado em 1969, refere-se às atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), que consideram ações mais complexas, cuja independência para o seu desempenho está diretamente relacionada à capacidade de viver em comunidade e de adaptar-se ao meio, incluindo atividades variadas, como preparar as refeições, realizar compras, utilizar transporte, cuidar da casa, utilizar o telefone, administrar as próprias finanças e o uso de medicamentos (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007). Cada item representa uma tarefa complexa, composta por outros componentes que se relacionam com capacidades aprendidas, as quais dependem tanto do ambiente quanto das características intrínsecas de cada um, indicando a capacidade da pessoa em levar uma vida independente na comunidade (ALVES et al., 2007; FONSECA; RIZZOTTO, 2008).

O terceiro conceito refere-se às atividades avançadas de vida diária (AAVDs), que são consideradas de alta complexidade para os idosos, revelando que o indivíduo que as praticam tem um nível de atividade aumentado, o que na maioria dos casos demonstra uma melhor QV. Incluem atividades como dirigir automóvel, praticar esporte, realizar atividades manuais, andar de bicicleta, tocar instrumento musical, viajar, participar de serviço comunitário e de atividades políticas. Embora não sejam essenciais para definir a independência, a capacidade do idoso para desempenhá-las pode contribuir para uma melhor saúde física e mental e, por consequência, garantir uma melhor QV. O declínio na habilidade para desempenhá-las é um indicador precoce de redução da capacidade funcional (FONSECA; RIZZOTTO, 2008).

Os parâmetros contidos nas ABVDs e nas AIVDs ajudam a avaliar o grau de dependência do idoso, tornando-se fator essencial do cuidado. Permitem uma abordagem sistematizada para avaliar as dificuldades da pessoa idosa, auxiliam na identificação de problemas, na utilização de recursos adequados e na definição de terapêutica que envolve vários profissionais, além de proporcionar meios para avaliar o processo de desgaste que ocorre com o tempo e a capacidade da pessoa idosa de viver sozinha com segurança (FONSECA; RIZZOTTO, 2008).

Os fatores mais fortemente associados às capacidades funcionais são os demográficos (sexo, idade, estado civil, composição familiar, local da residência, propriedade e com quem reside), os socioeconômicos (renda mensal, escolaridade e situação ocupacional), os relacionados à saúde (hospitalização, visão, audição e presença de doenças), os referentes às relações sociais (atividades físicas, relações com familiares/amigos e participação em grupos) e a auto-percepção da saúde (FONSECA; RIZZOTTO, 2008).

É por meio da avaliação funcional que se pode fazer um balanço entre as perdas e os recursos disponíveis para a sua compensação (BRASIL, 2006). Com isso, entende-se que a assistência à saúde do idoso não deve ser vista sob a ótica curativa, mas sim preventiva, já que uma velhice bem-sucedida depende do equilíbrio entre perdas e ganhos de cada pessoa, permitindo-lhe lidar com as limitações próprias do processo de envelhecimento (FONSECA; RIZZOTTO, 2008).

Foi realizado um estudo em seis países europeus com objetivo de investigar como a saúde geral, a participação em atividades físicas, a autoestima, as relações sociais e os recursos financeiros estão relacionados com a satisfação com a vida entre as pessoas com 65 anos ou mais e com AVDs reduzidas. Os resultados indicaram que os fatores sociais ou os recursos financeiros influenciam a satisfação com a vida. Entretanto, são as consequências da capacidade funcional reduzida que devem ser consideradas para o planejamento dos cuidados de enfermagem para melhorar a satisfação com a vida. Assim, o estudo sugere que os enfermeiros devem estar atentos aos contatos sociais e à situação econômica para compreender a situação de idosos com capacidade funcional reduzida (BORG et al., 2008).

Em outro estudo, observou-se que a manutenção da capacidade funcional pode ter implicações na QV dos idosos por estar relacionada com a capacidade do indivíduo de se manter na comunidade, desfrutando da independência até idades mais avançadas. Os achados desse estudo sugerem ainda que a prevenção e o controle das doenças crônicas podem melhorar as atividades e, conseqüentemente, promover o bem-estar dessa população (ALVES et al.,

2007). Contudo, não foram encontradas pesquisas que relacionem capacidade funcional e a saúde mental em idosos.

### 3.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS

A avaliação da QV tem sido valorizada como um importante objetivo no tratamento de saúde, para além do alívio dos sintomas (TROMPENAARS et al., 2005). A percepção do indivíduo sobre sua vida é afetada diretamente por aspectos como saúde física, crenças pessoais, estado psicológico, relações sociais e interação com o meio ambiente (WHO, 2005).

Até pouco tempo, a maioria dos instrumentos desenvolvidos para avaliar o bem-estar e a QV eram desenvolvidos nos Estados Unidos ou na Inglaterra e traduzidos para utilização em diferentes países (FLECK et al., 1999). A OMS, a partir do início da década de 1990, constatou que as medidas de QV revestem-se de particular importância na avaliação de saúde, seja de uma perspectiva individual ou social (ORLEY; KUYKEN, 1994) e cultural (WHOQOL, 1995).

A constatação de que não havia nenhum instrumento que avaliasse a QV de uma perspectiva transcultural motivou a OMS a desenvolver um instrumento com tais características (WHOQOL, 1995). Desenvolveu-se, assim, um instrumento de avaliação de QV da OMS, o WHOQOL-100, com versão em português (FLECK et al., 1999).

A necessidade de instrumentos breves, que demandassem pouco tempo para o seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo WHOQOL da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-BREF (FLECK et al., 2000)

O WHOQOL-BREF consta de 26 questões, sendo duas questões gerais e as demais 24 representam cada uma das 24 domínios que compõem o instrumento original. Diferentemente do WHOQOL-100, em que cada uma das 24 domínios é avaliada a partir de quatro questões, no WHOQOL-BREF cada domínio é avaliada por apenas uma questão. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes (FLECK et al., 2000).

Contudo, nenhum desses instrumentos avaliava de maneira específica a QV no idoso, levando-se em conta suas peculiaridades físicas e psíquicas. Cabe salientar que existem várias maneiras de “ser velho” e diferentes padrões de envelhecimento. À medida que a pessoa envelhece, acentuam-se algumas perdas biológicas e alteram-se padrões metabólicos. Podem ocorrer perdas progressivas na memória, na cognição e na comunicação, as quais são agravadas

por problemas orgânicos e psicológicos. A proximidade da morte, a incerteza em relação a doenças e o risco crescente de dependência são importantes fatores na determinação das perdas do senso de autoeficácia (TRENTINI; XAVIER; FLECK, 2006).

Além disso, são escassos os estudos que verificam a relação entre QV e funções cognitivas em idosos. Os pesquisadores procuram estabelecer as razões e os padrões do envelhecimento disfuncional, buscando estabelecer a descrição sistemática das condições que antecedem e contribuem para mudanças provocadas pelo envelhecimento e para a determinação da QV de idosos (BECKERT; IRIGARAY; TRENTINI, 2012).

A relação entre QV em idosos e a capacidade funcional é um aspecto fundamental a ser avaliado, surgindo como um novo paradigma de saúde. O envelhecimento saudável é considerado como uma interação multidimensional entre saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica (RAMOS, 2003).

Considerando as especificidades da faixa etária e da magnitude do fenômeno envelhecimento, aliada à escassez de instrumentos para avaliar tal questão, o grupo WHOQOL desenvolveu o projeto WHOQOL-OLD com dois objetivos principais. Primeiro, desenvolver um instrumento para avaliação de QV em adultos idosos (WHOQOL-OLD), tendo como ponto de partida a medida de QV para adultos mais jovens (WHOQOL-100). Segundo, utilizar o WHOQOL-OLD em um projeto transcultural inovador para comparar o envelhecimento doente com o envelhecimento saudável (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

Os estudos que avaliaram as propriedades psicométricas do WHOQOL-BREF comparada ao WHOQOL-100 concluíram que a validade de conteúdo foi aceitável. Os estudos existentes com o WHOQOL-100 em pacientes com transtornos psiquiátricos verificaram que a QV de pacientes com depressão em remissão era melhor do que aqueles que permaneciam com sintomas depressivos (MASTHOFF et al.; 2005).

Um estudo que avaliou as dimensões da vida sociocultural, como rede social de apoio e religião, saúde mental e QV de idosos usuários de uma estratégia de saúde da família, identificou que, dos 82 idosos, 47 (57%) eram mulheres. Os resultados apontam que a presença de transtornos mentais está associada a morar só ou com apenas uma pessoa e que os idosos com pior QV eram aqueles que tinham menor escolaridade, que não recebiam aposentadoria e que fizeram uso de benzodiazepínicos no último ano. A religião também se revelou uma dimensão importante associada à QV (FLORIANO; DALGALARRONDO, 2007).

Um estudo que objetivou mensurar QV, capacidade funcional e fatores associados dos idosos da zona rural de um município e incluiu 850 participantes constatou que a maioria era do sexo masculino (52,8%), tinha entre 60 e 70 anos (60,6%), era casada (67,3%), tinha entre

4 a 8 anos de estudo (36,7%), com renda individual de um salário mínimo (48,1%), aposentada por idade (39,6%) e possuía casa própria (68,9%). Os menores escores de QV estiveram relacionados aos domínios de meio ambiente (63,31) e de relações sociais (68,01). Para as ABVDs, praticamente todos (99,8%) foram categorizados como independentes. A ausência de escolaridade, o fato de ser mais velho e apresentar maior número de comorbidades foram os fatores associados à incapacidade funcional para a realização das AIVDs (TAVARES et al., 2011).

Em relação à faixa etária, um estudo que avaliou idosos atendidos ambulatorialmente em dois grupos de faixa etária – G1 (idosos jovens, 60-70 anos) e G2 (muito idosos, 85 anos ou mais) – mostrou que, em ambos os grupos, houve predomínio do sexo feminino, de sedentarismo e de independência para ABVDs, havendo em média oito comorbidades. A média do escore total do WHOQOL-OLD foi 84,08 para o G1 e 83,32 para o G2, demonstrando uma boa QV na população estudada. Comparando-se os grupos, concluiu-se que a QV parece não decair com o aumento da idade (MAUÉS et al., 2010).

A avaliação QV tem sido realizada mesmo em culturas diferentes. Um estudo recente estimou a prevalência de autorrelato de deficiência visual e seu impacto sobre a QV avaliada pelo WHOQOL-BREF em pessoas idosas que vivem em uma área rural do nordeste da Tailândia. Cabe salientar que os aspectos de independência em idosos não são valorizados nessa cultura, isto é, quando se perde a autonomia, tal fato pode não ser tão impactante como no Ocidente. Contudo, observou-se que a deficiência visual é altamente prevalente (59,4%) e influencia negativamente o domínio de relações sociais (HIRUNWATTHANAKUL et al., 2013).

Outro estudo que analisou a influência do estado funcional na QV de idosos ativos e saudáveis verificou, após análise de regressão linear, a relação independente e sem colinearidade entre os quatro domínios do WHOQOL-BREF e sintomas depressivos, avaliados com a *Geriatric Depression Scale*. Outros fatores que influenciaram uma melhor QV incluíram não ter vida conjugal com melhor percepção no domínio das relações sociais, desenvolver atividades de lazer e possuir renda superior a cinco salários mínimos com o domínio meio ambiente. O estado funcional não influenciou a QV nos modelos de análise em idosos ativos, ao contrário dos fatores psicológicos avaliados pela *Geriatric Depression Scale* e das características sociodemográficas como estado civil, renda e prática de atividades de lazer (ALEXANDRE; CORDEIRO; RAMOS, 2009).

Em outro estudo, foi utilizado um inquérito domiciliar com os instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD para avaliar a QV de idosos rurais com osteoporose e os fato-

res associados. O resultado do WHOQOL-BREF, após a análise multivariada, constatou que a presença de maior número de comorbidades foi preditor de pior QV para o domínio físico, psicológico e de meio ambiente. A ausência de escolaridade também foi preditor para pior QV para o domínio psicológico e a falta de moradia própria para o domínio meio ambiente. O resultado do WHOQOL-OLD foi significativo para maior número de comorbidades com pior QV no domínio funcionamento dos sentidos. A participação social esteve associada a pior QV no domínio de atividades passadas, presentes e futuras (TAVARES et al., 2012).

Portanto, a investigação sobre as condições que contribuem para uma melhor QV na velhice, bem como sobre as características que são inerentes à idade, justificam-se pela importância científica e social. É comum considerar-se que há uma contradição entre velhice e bem-estar, ou mesmo estabelecer a relação direta entre velhice e doença. Portanto, compreender o envelhecimento, os limites e os alcances do desenvolvimento nessa fase do ciclo vital possibilita a elaboração de intervenções que visem ao bem-estar de pessoas idosas (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

## 4 MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal em que as variáveis foram medidas uma única vez, sem distinção estrutural entre os fatores em estudo e os desfechos (HULLEY et al., 2008). O estudo foi realizado em um CAPS II na cidade de Cachoeirinha (RS), região metropolitana de Porto Alegre (RS), no período de janeiro a março de 2012. A população da cidade, segundo dados do último censo, é formada por 118.278 habitantes, dos quais 11.737 (9,92%) são idosos (IBGE, 2010).

Esse CAPS recebe usuários de toda a cidade, encaminhados pela rede de saúde e assistência social (Estratégia de Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde, serviços de urgência e emergência, egressos de internação, centros de referência para assistência social e ambulatório de saúde mental, entre outros). Ao ser encaminhado para tratamento no CAPS, o usuário é acolhido e o caso é discutido em reunião de equipe multidisciplinar para então estabelecer o PTS (BRASIL, 2004).

Entre as atividades oferecidas no CAPS II onde o estudo foi realizado, constam atendimentos individuais ou em grupo, coordenado por um integrante da equipe multiprofissional, podendo ser enfermeiro, médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo e arte-terapeuta.

Entre os atendimentos em grupo, existem os grupos de psicoterapia, terapia comunitária, grupo de orientações e psicoeducativos e grupo de familiares. As oficinas terapêuticas apresentam objetivos diversos, como, por exemplo, resgatar o autocuidado e autoestima, estimular as funções executivas, estimular a autonomia em relação às atividades de vida diária e favorecer aspectos sociais, além de promover a experimentação de materiais e técnicas artísticas.

O CAPS também proporciona atividades multidisciplinares junto à rede de atenção à saúde, outras atividades abertas e com apoio de pessoas da comunidade, como passeios e festas em datas comemorativas, visando ao bem-estar geral dos usuários e à sua integração social.

No período em que foi realizada a coleta de dados, a equipe técnica do CAPS era composta por dois médicos psiquiatras, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social e dois psicólogos.

#### 4.1 AMOSTRA

A amostra do presente estudo foi composta por usuários idosos em atendimentos no CAPS, com diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais, conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) (OMS, 1996b). O acesso ao estudo ocorreu por meio de uma entrevista, de acordo com os instrumentos descritos a seguir.

Os critérios de inclusão foram os seguintes: usuários acima de 60 anos, de ambos os sexos, em atendimento no CAPS há pelo menos 6 meses e com diagnóstico de transtorno mental e/ou comportamental, conforme a CID-10. Os dados sobre o tempo de atendimento e o diagnóstico foram coletados no prontuário. Os critérios de exclusão foram baseados nos casos de deficiência cognitiva grave definida pelo Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)  $\leq 13$  e na falta de condições para responder ao questionário (deficiência auditiva grave ou surdez concomitante ao analfabetismo).

O tamanho da amostra foi calculado considerando-se que a média de frequência mensal de idosos no CAPS é de 100 usuários. Para se conhecer as características e avaliar a QV, foi necessário avaliar ao menos 50%, totalizando 50 casos. A seleção da amostra ocorreu por sorteio, considerando-se os critérios de inclusão do estudo para os usuários que estivessem frequentando o CAPS no período da coleta, a partir do comparecimento do mesmo na consulta.

#### 4.2 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Após aceitarem participar do estudo, os idosos foram entrevistados individualmente, em um único momento, em horário pré-agendado. Para definir a inclusão do usuário no estudo, foi utilizado o MEEM (ANEXO A), um teste validado no Brasil (LOURENÇO; VERAS, 2006) que permite a avaliação da função cognitiva e o rastreamento de quadros demenciais. Para padronizar a coleta dos dados sociodemográficos, clínicos e de participação nas atividades do CAPS, foi elaborado um instrumento próprio para isso (APÊNDICE A).

A QV foi verificada por meio do WHOQOL-BREF (ANEXO B) e complementada pelo WHOQOL-OLD (ANEXO C). O WHOQOL-BREF é composto de 26 questões, sendo duas gerais sobre a QV e as 24 demais representam cada um dos domínios que compõem o instrumento original. O primeiro domínio – o físico – é composto por questões de dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de

medicação e tratamento e capacidade de trabalho. O domínio psicológico compreende questões referentes a sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais. O domínio de relações sociais avalia as relações pessoais, o suporte social e a atividade sexual. O domínio do meio ambiente avalia segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade), oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima) e transporte. O WHOQOL-BREF está adaptado para a nossa cultura e fornece escores de 1-20 ou de 1-100 em cada domínio, pontuando de forma crescente a QV (FLECK et al., 2000). Neste estudo, será utilizada a escala de 1-100.

O WHOQOL-OLD abrange aspectos relevantes e não abordados nos instrumentos construídos originalmente para a população não idosa (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006). O módulo WHOQOL-OLD consiste em 24 itens (escala Likert de 1 a 5) atribuídos a seis domínios apresentados no Quadro 1. Cada uma dos domínios possui 4 itens, sendo que os valores dos 24 itens do módulo WHOQOL-OLD podem ser combinados para produzir um escore geral (“global”) para a QV em adultos idosos. Escores altos representam uma melhor QV.

**Quadro** – Conceitos e conteúdos dos domínios do WHOQOL-OLD.

<b>DOMÍNIOS</b>	<b>ABREVIÇÃO</b>	<b>CONCEITO/CONTEÚDO</b>
Funcionamento dos sentidos	FS	Impacto da perda do funcionamento dos sentidos na QV.
Autonomia	AUT	Independência do idoso; ser capaz e livre de viver de modo autônomo e de tomar as próprias decisões.
Atividades passadas, presentes e futuras	PPF	Satisfação com realizações na vida e com objetivos a serem alcançados.
Participação social	SOP	Participação em atividades da vida diária, especialmente na comunidade.
Morte e morrer	DAD	Preocupações e medos acerca da morte e de morrer.
Intimidade	INT	Ser capaz de ter relacionamentos íntimos e pessoais.

Fonte: Chachamovich (2005).

Para avaliar a ansiedade, foi utilizada a escala Hamilton para Ansiedade (HAM-A) (ANEXO D), que fornece informações confiáveis através de escores que variam de ausente (0) até intensidade máxima (4) em 14 itens sobre a intensidade dos sintomas de ansiedade (HAMILTON, 1959). Escores inferiores a 10 representam ausência de sintomas ansiosos; escores entre 11 a 19 representam sintomas leves; escores entre 20 a 29 indicam sintomas moderados e, acima de 30, sintomas graves.

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) é um instrumento validado para o português, com o objetivo de verificar a intensidade dos sintomas depressivos tanto em pacientes internados quanto em pacientes ambulatoriais (ANEXO E). Consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes cujas intensidades variam de 0 a 3. Escores inferiores a 10 representam ausência de sintomas depressivos; escores entre 11 a 19 representam sintomas leves; escores entre 20 a 29 indicam sintomas moderados e, acima de 30, sintomas depressivos graves (GORESTEIN; ANDRADE, 1998).

Para verificar o a capacidade funcional, foi utilizado o Instrumento de Avaliação Sócio-Funcional em Idosos (IASFI) (ANEXO F), que se compõe de duas partes: a primeira avalia o estado de saúde e o desempenho social, enquanto a segunda realiza a avaliação funcional propriamente dita (FONSECA; RIZZOTTO, 2008), incluindo as categorias vinculadas às ABVDs, AIVDs e AAVDs. Para cada categoria com suas perspectivas, dimensões e subdivisões, há uma pontuação. Dessa forma, a categoria ABVD pode variar de 20 a 140 pontos e a categoria AIVD pode variar de 5 a 35 pontos. Quando somados os pontos das duas categorias, obtém-se um escore total de no mínimo 25 pontos e de no máximo 175 pontos, o que possibilita a classificação de dependência até independência completa. As AAVDs não são pontuadas, pois apenas contribuem para o diagnóstico precoce de declínio funcional.

### 4.3 ANÁLISE DOS DADOS

A análise estatística foi realizada utilizando-se o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0. O nível de significância adotado foi  $p < 0,05$  e o intervalo de confiança (IC) de 95%. Os dados foram descritos através da média e do desvio padrão ou de mediana e percentis, conforme distribuição para variáveis contínuas. Para as variáveis categóricas, utilizou-se frequência e percentual.

Para verificar a associação entre as características sociodemográficas, clínicas e de capacidade funcional com a QV, utilizou-se a correlação de Pearson, o teste t e o qui-quadrado (continuity correction ou Fisher's exact test – 2-tailed). Na quebra dos pressupostos para aplicação dos testes paramétricos, utilizaram-se os correspondentes não paramétricos (Mann-Witney e Spearman). A avaliação da distribuição normal foi avaliada através do teste de Kolmogorov-Smirnov e a homogeneidade das variâncias através do teste de Levene.

Utilizou-se a análise de regressão linear hierárquica para verificar a associação independente dos fatores em relação ao desfecho estudado. Considerando-se o tamanho da amostra, o critério para a entrada da variável no modelo de regressão foi que apresentasse  $p < 0,05$  na análise bivariada e na análise de multicolinearidade dos instrumentos. Para permanecer a variável no próximo bloco, o critério foi que mantivesse a significância estatística. Foram considerados três blocos: (1) sociodemográficos, (2) clínico e (3) funcional.

#### 4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo considerou os aspectos ético-legais, conforme as Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas envolvendo seres humanos e a Resolução CNS nº 196/96 (BRASIL, 1996).

A Secretaria de Saúde de Cachoeirinha (RS) e a coordenação do CAPS autorizaram a realização da pesquisa (ANEXO G). O projeto da pesquisa foi aprovado pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem (ANEXO H) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS- ANEXO I). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE – APÊNDICE B).

## 5 RESULTADOS

Entre os idosos em atendimento no CAPS durante o período do estudo, 52 foram selecionados aleatoriamente, conforme seu comparecimento no CAPS. Ocorreram duas exclusões devido o escore do MEEM  $\leq 13$ , totalizando a amostra em 50 usuários.

### 5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

As características dos 50 usuários do CAPS estão apresentadas na Tabela 1. O perfil sociodemográfico encontrado foi de idosos com média de idade (desvio padrão) de 67,5 (DP=5,72) anos, a maioria (76%) do sexo feminino (n=38) e de cor branca (n=38), com média de anos completos de estudo de 4,2 (DP=2,99), o que corresponde ao ensino fundamental incompleto. A situação conjugal mais frequente (56%) foi sem companheiro (n=28). Entre os participantes do estudo, 90% estavam aposentados formalmente (n=45) e 56% tinham renda entre um e dois salários mínimos (n=28). A classe socioeconômica mais prevalente (72%) foi a C (n=36) e a religião predominante (76%) foi a católica (n=38).

Em relação às características clínicas psiquiátricas, o diagnóstico mais prevalente em 62% da amostra foi de depressão (n=31), seguido de 30% com transtorno de humor bipolar (n=15) e 8% com transtorno de ansiedade (n=4). Os primeiros sintomas surgiram, em média, aos 39,12 (DP=16,59) anos e todos usavam ao menos um tipo de psicofármaco, em média de 2,1 (DP=0,8), predominando a polifarmácia. A medicação mais utilizada pelos idosos (78%) foram os antidepressivos, sendo que os inibidores de recaptção de serotonina (ISRS) e os antidepressivos tricíclicos eram utilizados em combinação por 42% da amostra (n=21). Os demais psicofármacos estão descritos na Tabela 1.

Considerando-se as características clínicas não psiquiátricas, 78% faziam tratamento para alguma comorbidade (n=39), sendo que 58% apresentavam diagnóstico de HAS (n=29) e 24% de DM2 (n=12). Todos os pacientes com DM2 também apresentavam diagnóstico de HAS. Em relação aos medicamentos usados para tais comorbidades clínicas, 58% faziam uso de anti-hipertensivo (n=29) e 20% de hipoglicemiantes orais (n=10).

**Tabela 1** – Características sociodemográficas e clínicas dos idosos que frequentam o CAPS.

<b>Características</b>		<b>n=50</b>
<b>Sociodemográficas</b>		
Idade (anos) média (DP)		67,5(5,72)
Sexo		
	Feminino	38 (76)
Situação conjugal		
	Com Companheiro	22 (44)
	Sem Companheiro	28(56)
Escolaridade (anos) média (DP)		4,2(2,99)
	Analfabeto	4(8)
	Fundamental incompleto	40(80)
	Fundamental completo	2(4)
	Médio incompleto	1(2)
	Médio completo	2(4)
	Superior completo	1(2)
Etnia		
	Branca	38(76)
	Mestiça	9(18)
	Negra	3(6)
Renda mensal (salário mínimo)		
	1	10(20)
	1 a 2	28(56)
	2 a 3	8(16)
	Acima de 3	4(5)
Classe econômica		
	B	11(22)
	C	36(72)
	D	3(6)
Ocupação		
	Empregado	3(6)
	Aposentado	47(94)
Religião		
	Católica	38(76)
	Outras	12(24)
<b>Clínicas</b>		
Uso de Psicofármacos		
	Antidepressivos*	39(78)
	Benzodiazepínicos	24(48)
	Antipsicóticos**	20(40)
	Estabilizadores do Humor***	15(30)
Comorbidades clínicas****		39(78)

\*Inibidores de recaptção de serotonina, Tricíclicos; \*\*Típicos e atípicos; \*\*\*Carbonato de lítio, anticonvulsivantes (Carbamazepina, ácido Valpróico)

\*\*\*\*Hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito tipo 2, cardiopatia, doença respiratória.

Fonte: Dados de pesquisa, Bottan G, Porto Alegre, 2013.

## 5.2 AVALIAÇÃO DE SINTOMAS E DE CAPACIDADE FUNCIONAL

Os sintomas depressivos e de ansiedade foram avaliados com as escalas BDI e HAM-A, respectivamente. A mediana (intervalo interquartis) do BDI foi de 15,5 (8,75-29), sendo que 16 (32%) não apresentavam sintomas depressivos ( $BDI \leq 10$ ); 12 (24%) apresentavam sintomas leves; 11 (22%) moderados e 11 (22%) sintomas graves ( $BDI \geq 30$ ). Em relação à ansiedade, a média (DP) foi de 13,6 (7,71), com 18 (36%) sem sintomas ( $HAM-A \leq 10$ ), 20 (40%) com sintomas ansiosos leves; 11 (22%) moderados e 1 (2%) com sintomas graves ( $HAM-A \geq 30$ ).

A capacidade funcional avaliada com o IASFI indicou que o estado de saúde foi considerado por 24 (48%) dos idosos como regular e por 14 (28%) como ruim. As AVDs foram, em média (DP), de 130,9 (9,01) para as ABVDs e de 29,04 (6,74) para as AIVDs. A pontuação total da capacidade funcional (ABVDs + AIVDs) apresentou média de 159,7 (15,13), categorizada como independência modificada/completa, que não precisa de ajuda para executar as atividades.

## 5.3 FREQUÊNCIA NO CAPS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

A frequência no CAPS que predominou durante o período do estudo foi a modalidade não intensiva por 29 (58%) dos idosos, sendo que 31 (62%) frequentavam o CAPS há mais de 2 anos, 13 (26%) entre um a dois anos e 6 (12%) há seis meses.

Todos os idosos consultavam com médico psiquiatra no CAPS e realizavam as seguintes atividades: 22 (44%) realizavam atividades externas (festas e passeios) do CAPS; 38 (24%) participavam de oficinas de terapia ocupacional; 7 (14%) faziam terapia comunitária; 6 (12%) faziam parte do grupo de idosos e 3 (6%) faziam terapia individual com psicólogo do CAPS.

## 5.4 DETERMINANTES DE QUALIDADE DE VIDA

As associações entre a QV e as variáveis categóricas estão apresentadas na Tabela 2, de acordo com o WHOQOL-BREF e o WHOQOL-OLD. As mulheres apresentaram pior QV no domínio morte e morrer ( $p=0,011$ ). Os idosos que têm companheiro apresentaram melhor QV no domínio intimidade ( $p < 0,001$ ) do WHOQOL-OLD. Não foi

observada associação significativa entre os outros domínios da QV e a variável sexo e situação conjugal.

**Tabela 2** – Associação entre qualidade de vida e as características de sexo e a situação conjugal do idoso.

	Sexo		Situação conjugal	
	Masculino n=12 (24%)	Feminino n=38 (76%)	Com Companheiro n=22 (44%)	Sem companheiro n=28 (56%)
<b>WHOQOL-BREF</b>				
Físico	53,9 ± 16,6	46,0 ± 16,0	51,2 ± 17,2	45,0 ± 15,3
Psicológico	59,7 ± 21,6	55,9 ± 19,4	62,5 ± 19,1	52,0 ± 19,4
Social	58,3 ± 15,9	59,9 ± 12,7	60,5 ± 15,1	58,6 ± 11,9
Ambiente	63,3 ± 11,5	58,5 ± 13,6	60,3 ± 13,5	59,0 ± 13,2
Geral	60,4 ± 20,5	55,9 ± 23,0	58,7 ± 25,1	55,6 ± 20,0
<b>WHOQOL-OLD</b>				
Funcionamento dos sentidos	61,5 ± 21,0	58,9 ± 23,3	58,4 ± 18,0	60,4 ± 26,1
Autonomia	55,2 ± 17,4	51,5 ± 20,1	54,1 ± 18,6	50,9 ± 20,3
Atividades passadas, presentes e futuras	56,3 ± 17,7	59,2 ± 19,0	60,3 ± 20,1	56,9 ± 17,4
Relações sociais	56,8 ± 22,7	57,9 ± 18,2	59,8 ± 19,0	55,8 ± 19,5
Morte e morrer	78,6 ± 15,9*	61,0 ± 28,7*	65,5 ± 28,4	65,0 ± 26,6
Intimidade <sup>#</sup>	56,3 ± 29,3	44,6 ± 27,8	65,2 ± 17,3**	32,2 ± 27,2**
Escore total	60,8 ± 13,2	55,5 ± 13,0	60,6 ± 10,7	53,5 ± 14,3

<sup>#</sup> Teste de Mann-Whitney. Demais análises teste t-student.

\*p<0,05; \*\*p<0,001.

Fonte: Dados de pesquisa, Bottan G, Porto Alegre, 2013.

A correlação entre as variáveis categóricas e QV está apresentada nas Tabelas 3 e 4. Observou-se correlação positiva significativa entre o nível de escolaridade com o domínio psicológico (WHOQOL-BREF) e com o funcionamento dos sentidos avaliado pelo WHOQOL-OLD (p<0,001). A maior classe econômica correlacionou-se com melhor QV no domínio morte e morrer do WHOQOL-OLD (p= 0,012). Não houve correlação com as demais características sociodemográficas e a QV (Tabela 3).

Em relação à presença de comorbidades e o uso de medicações clínicas, observou-se correlação negativa com o WHOQOL-OLD, mas não com os domínios do WHOQOL-BREF (Tabela 3). Os achados apontam que maior número de comorbidades e de uso medicações clínicas correlacionou-se negativamente com os domínios de funcionamento dos sentidos (p=0,024) e de autonomia (p=0,045). A presença de maior número de comorbidades também esteve associada ao menor escore total do WHOQOL-OLD

( $p=0,024$ ). Por outro lado, o uso de psicofármacos esteve correlacionado negativamente com a QV geral ( $p=0,017$ ) do WHOQOL-BREF e não apresentou associação com os domínios do WHOQOL-OLD.

Considerando-se a avaliação dos sintomas, observou-se correlação negativa significativa da ansiedade somente com o domínio psicológico ( $p=0,011$ ) do WHOQOL-BREF. Ao contrário, os sintomas depressivos apresentaram correlação negativa com praticamente todos os domínios da QV, considerando-se o WHOQOL-BREF e o WHOQOL-OLD (Tabela 3), exceto no domínio intimidade ( $p=0,395$ ). Portanto, quanto maior a intensidade dos sintomas depressivos, menor a QV dos idosos.

**Tabela 3** – Correlação entre as características sociodemográficas e clínicas com a qualidade de vida dos idosos.

Domínios	Sociodemográficas			Clínicas				
	Idade <sup>π</sup>	Escolaridade <sup>#</sup>	Classe Econômica <sup>#</sup>	Comorbidades <sup>#</sup>	Medicações Clínicas <sup>#</sup>	Psicofármacos <sup>#</sup>	Ansiedade <sup>#</sup> (HAM-A)	Depressão <sup>#</sup> (BDI)
<b>WHOQOL-BREF</b>								
Físico	-0,017	0,261	-0,063	-0,037	-0,081	-0,133	-0,246	-0,498***
Psicológico	0,129	0,296*	0,131	-0,005	-0,023	-0,118	-0,352*	-0,746***
Social	0,011	0,151	-0,018	0,064	0,040	-0,115	-0,194	-0,551***
Ambiente	-0,067	0,136	-0,082	-0,198	-0,122	-0,040	-0,274	-0,439**
Geral	0,078	0,065	0,083	0,240	0,204	-0,336*	-0,274	-0,432**
<b>WHOQOL-OLD</b>								
Funcionamento dos sentidos	-0,069	0,498***	-0,062	-0,318*	-0,285*	0,181	-0,131	-0,538***
Autonomia	0,137	0,090	0,125	-0,413**	-0,280*	0,008	-0,129	-0,328*
Atividades passadas, presentes e futuras	0,008	0,007	-0,068	0,131	0,127	-0,032	-0,136	-0,376**
Relações sociais	0,079	-0,022	-0,099	-0,008	0,009	-0,069	-0,065	-0,382**
Morte e morrer	-0,030	0,259	0,351**	-0,263	-0,257	0,006	-0,142	-0,438**
Intimidade	-0,243	-0,036	-0,078	-0,186	-0,174	0,274	-0,010	-0,153
Escore total	-0,063	0,267	0,059	-0,320*	-0,247	0,136	-0,249	-0,670***

Nota: HAM-A=Hamilton Ansiedade; BDI=Inventário de Depressão de Beck.

<sup>π</sup> Correlação de Pearson ( $r_p$ ); <sup>#</sup> Correlação de Spearman ( $r_s$ ).

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

Fonte: Dados de pesquisa, Bottan G, Porto Alegre, 2013.

Em relação à capacidade funcional, a autoavaliação de saúde apresentou correlação negativa significativa com todos os domínios do WHOQOL-BREF ( $p < 0,05$ ). Também se correlacionou com os domínios atividades passadas, presentes e futuras ( $p = 0,002$ ) e com o escore total ( $p = 0,006$ ) do WHOQOL-OLD.

As ABVDs apresentaram correlação positiva significativa com os domínios físico ( $p = 0,014$ ) e psicológico ( $p = 0,046$ ) do WHOQOL-BREF. Com o WHOQOL-OLD, a correlação positiva ocorreu com os domínios funcionamento dos sentidos ( $p = 0,007$ ), morte e morrer ( $p = 0,044$ ) e escore total ( $p = 0,014$ ). Para as AIVDs, a correlação significativa positiva foi com o domínio social ( $p = 0,031$ ) do WHOQOL-BREF. A soma entre ABVDs e AIVDs correlacionou-se positivamente com o domínio físico ( $p = 0,029$ ) do WHOQOL-BREF e com o domínio funcionamento dos sentidos ( $p = 0,034$ ) e com o escore total ( $p = 0,019$ ) do WHOQOL-OLD.

A correlação entre a participação no CAPS e a capacidade funcional está apresentada na Tabela 4. Os resultados indicam que a relação entre participar do CAPS e a QV dos idosos foi significativamente positiva entre o domínio psicológico do WHOQOL-BREF ( $p = 0,006$ ) e o escore total do WHOQOL-OLD com a maior frequência no CAPS ( $p = 0,019$ ), não estando nenhum domínio da QV associado ao número de atividades realizadas no CAPS.

**Tabela 4** – Correlação entre as atividades desenvolvidas no CAPS e a capacidade funcional dos idosos com a qualidade de vida.

Domínios	Capacidade Funcional <sup>π</sup>				CAPS <sup>π</sup>	
	Autoavaliação da saúde	Atividades básicas de vida diária	Atividades instrumentais de vida diária	Total	Atividades	Frequência
<b>WHOQOL-BREF</b>						
Físico	-0,611***	0,347*	0,199	0,359*	0,083	0,170
Psicológico	-0,520***	0,283*	0,233	0,274	-0,150	0,341*
Social	-0,317*	0,173	0,305*	0,210	0,072	0,161
Ambiente	-0,439**	0,079	0,077	0,217	0,026	0,021
Geral	-0,530***	-0,141	-0,097	-0,140	-0,097	0,137
<b>WHOQOL-OLD</b>						
Funcionamento dos sentidos	-0,254	0,375**	0,120	0,397**	-0,163	0,230
Autonomia	-0,157	0,099	-0,002	0,146	-0,139	0,040
Atividades passadas, presentes e futuras	-0,419**	-0,098	0,121	0,055	0,013	0,119
Participação social	-0,354*	0,245	0,259	0,209	-0,039	0,198
Morte e morrer	-0,009	0,286*	0,056	0,238	-0,123	0,093
Intimidade	-0,253	0,119 <sup>#</sup>	0,193 <sup>#</sup>	0,169	-0,110	0,109
Escore total	-0,386**	0,344*	0,228	0,352*	-0,224	0,288*

Nota: CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

<sup>π</sup> Correlação de Pearson ( $r_p$ ); <sup>#</sup> Correlação de Spearman ( $r_s$ ); \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

Fonte: Dados de pesquisa, Bottan G, Porto Alegre, 2013.

Para identificar os determinantes independentes da QV, procedeu-se à regressão linear hierárquica com as variáveis com  $p < 0,05$ , cujo resultado está apresentado nas Tabelas 5 e 6. As variáveis consideradas multicolineares que não entraram no modelo foram as seguintes: número de comorbidades e uso de medicações clínicas, sintomas de ansiedade (HAM-A) com sintomas depressivos (BDI) e questões referentes às ABVDs e AIVDs, não sendo incluído no modelo o escore total (ABVDs + AIVDs).

As variáveis sociodemográficas independentes determinantes da melhor QV foram encontradas na avaliação pelo WHOQOL-OLD, incluindo escolaridade (ensino fundamental incompleto) no domínio de funcionamento dos sentidos (média de 2,98 pontos), classe econômica C (18,1) e ter companheiro no domínio intimidade (32,1). Por outro lado, entre o sexo feminino, a QV foi menor (média de -17,8 pontos) para o domínio morte e morrer.

Entre as características clínicas, os sintomas depressivos (BDI) foram determinantes para pior QV nos domínios físico (média de -0,59 pontos), psicológico (-1,20), social (-0,45), meio ambiente (-0,43) e geral (-0,68) do WHOQOL-BREF. Os domínios do WHOQOL-OLD também foram influenciados negativamente pelos sintomas depressivos: no funcionamento dos sentidos (média de -0,77 pontos), na autonomia (-0,62), nas atividades passadas, presentes e futuras (-0,51), na participação social (-0,68) e no escore total (-0,63). Ainda em relação às características clínicas, o maior número de comorbidades clínicas também foi determinante de pior QV pelo WHOQOL-OLD nos domínios de funcionamento dos sentidos (média de -4,55 pontos), na autonomia (-5,39) e no escore total (-3,15).

A melhor capacidade funcional nas ABVDs influenciou positivamente a QV no domínio físico (média de 0,56 pontos) do WHOQOL-BREF e no funcionamento dos sentidos (0,67) do WHOQOL-OLD. As AIVDs também apresentaram impacto positivo no domínio social (0,66) da QV. Contudo, a pior autoavaliação da saúde influenciou uma pior QV nos domínios físico (média de -9,3 pontos), psicológico (-5,5) meio ambiente (-4,59) e geral (-7,57) do WHOQOL-BREF. No WHOQOL-OLD, essa variável também influenciou negativamente a QV nos domínios atividades passadas, presentes e futuras (-8,23) e participação social (-4,21). A maior frequência no CAPS influenciou positivamente a QV no domínio psicológico do WHOQOL-BREF (2,56).

**Tabela 5** – Análise de regressão linear hierárquica para os escores de qualidade de vida do WHOQOL-BREF.

<b>Domínios</b>	<b>Blocos</b>	<b>Variáveis</b>	<b>b (IC 95%)</b>	<b>Beta (β)</b>	<b>p</b>
<b>Físico</b>	Clínicas	Depressão (BDI)	-0,59 (-0,91 a -0,28)	-0,481	<b>&lt;0,001</b>
	Capacidade funcional	ABVDs	0,56 (0,16 a 0,96)	0,308	<b>0,008</b>
		Autoavaliação da saúde	-9,3 (-14,0 a -4,6)	-0,496	<b>&lt;0,001</b>
<b>Psicológico</b>	Socioedemiográfica	Escolaridade	1,58 (-0,29 a 3,44)	0,239	0,095
	Clínicas	Depressão (BDI)	-1,20 (-1,53 a -0,86)	-0,813	<b>&lt;0,001</b>
	Capacidade funcional	ABVDs	0,22 (-0,19 a 0,62)	0,100	0,292
		Autoavaliação da saúde	-5,5 (-10,5 a -0,57)	-0,247	<b>0,030</b>
		Frequência CAPS	2,56 (0,19 a 4,92)	0,214	<b>0,035</b>
<b>Social</b>	Clínicas	Depressão (BDI)	-0,45 (-0,71 a -0,19)	-0,454	<b>0,001</b>
	Capacidade funcional	AIVDs	0,66 (0,16 a 1,15)	0,331	<b>0,010</b>
		Autoavaliação da saúde	-1,96 (-6,29 a 2,38)	-0,129	0,369
<b>Ambiente</b>	Clínicas	Depressão (BDI)	-0,43 (-0,70 a -0,17)	-0,434	<b>0,002</b>
	Capacidade funcional	Autoavaliação da saúde	-4,59 (-9,06 a -0,13)	-0,301	<b>0,044</b>
<b>Geral</b>	Clínicas	Depressão (BDI)	-0,68 (-1,12 a -0,25)	-0,407	<b>0,003</b>
		Psicofármacos	-6,36 (-13,2 a 0,46)	-0,243	0,067
	Capacidade funcional	Autoavaliação da saúde	-7,57 (-14,9 a -0,23)	-0,296	<b>0,043</b>

Nota: ABVDs=Atividades Básicas de Vida Diária; AIVDs=Atividades Instrumentais de Vida Diária.

**p<0,05.**

Fonte: Dados de pesquisa, Bottan G, Porto Alegre, 2013.

**Tabela 6** – Análise de regressão linear hierárquica para os escores de qualidade de vida do WHOQOL-OLD.

<b>Domínios</b>	<b>Blocos</b>	<b>Variáveis</b>	<b>b (IC 95%)</b>	<b>Beta (<math>\beta</math>)</b>	<b>p</b>
<b>Funcionamento dos sentidos</b>	Sociodemográfica	Escolaridade	2,98 (0,97 a 4,99)	0,395	<b>0,005</b>
		Clínica	Depressão (BDI)	-0,77 (-1,24 a -0,30)	-0,453
	Capacidade funcional	Comorbidades	-4,55 (-8,66 a -0,44)	-0,268	<b>0,031</b>
	Capacidade funcional	ABVDs	0,67 (0,07 a 1,27)	0,267	<b>0,029</b>
<b>Autonomia</b>	Clínicas	Depressão (BDI)	-0,62 (-0,98 a -0,27)	-0,428	<b>0,001</b>
		Comorbidades	-5,39 (-8,96 a -1,83)	-0,371	<b>0,004</b>
<b>Atividades passadas, presentes e futuras</b>	Clínicas	Depressão (BDI)	-0,51 (-0,88 a -0,14)	-0,378	<b>0,007</b>
	Capacidade funcional	Autoavaliação da saúde	-8,23 (-14,3 a -2,18)	-0,397	<b>0,009</b>
<b>Participação social</b>	Clínicas	Depressão (BDI)	-0,68 (-1,06 a -0,31)	-0,471	<b>0,001</b>
	Capacidade funcional	Autoavaliação da saúde	-4,21 (-10,7 a 2,29)	-0,191	0,199
<b>Morte e morrer</b>	Sociodemográfica	Sexo feminino	-17,8 (-34,4 a -1,18)	-0,282	<b>0,036</b>
		Classe econômica	18,1 (4,0 a 32,1)	0,339	<b>0,013</b>
	Clínicas	Depressão (BDI)	-0,77 (-1,29 a -0,25)	-0,380	<b>0,005</b>
		Capacidade funcional	ABVDs	0,37 (-0,41 a 1,15)	0,125
<b>Intimidade</b>	Sociodemográfica	Com companheiro	32,1 (18,6 a 45,6)	0,567	<b>&lt;0,001</b>
<b>Escore total</b>	Clínicas	Depressão (BDI)	-0,63 (-0,84 a -0,42)	-0,632	<b>&lt;0,001</b>
		Comorbidades	-3,15 (-5,23 a -1,07)	-0,318	<b>0,004</b>
	Capacidade funcional	Autoavaliação da saúde	-2,33 (-5,92 a 1,27)	-0,154	0,199
		ABVDs	0,29 (-0,03 a 0,60)	0,196	0,071

Nota: ABVDs=Atividades Básicas de Vida Diária.

**p<0,05.**

Fonte: Dados de pesquisa, Bottan G, Porto Alegre, 2013.

## 6 DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo indicam que o perfil de idosos que frequentam o CAPS é semelhante ao de outros estudos realizados em serviços de saúde e na comunidade, com predominância do sexo feminino, baixa escolaridade, sem companheiro, aposentados e de classe econômica C (OLIVEIRA et al., 2006; TRENTINI et al., 2011; FERREIRA; TAVARES; RODRIGUES, 2011). Esses dados corroboram achados que revelam a diferença entre a expectativa de vida masculina e a feminina, levando a uma feminilização do grupo etário formado por idosos (MORAES, SOUZA, 2005; OLIVEIRA et al., 2006; LEITE et al., 2012). Embora as características sociodemográficas tenham apresentado menor impacto na QV após a análise de regressão, foi encontrado como determinante de pior QV avaliada pelo WHOQOL-OLD ser mulher e de classe econômica mais baixa em relação a preocupação com a própria morte e ao medo de morrer. Outro achado refere-se à influência da falta de relacionamentos íntimos e pessoais para pior QV nessa etapa do ciclo vital. De fato, as mulheres idosas estão mais expostas à pobreza e à solidão, apresentam maior risco de morbidade, procuram mais os serviços de saúde e têm menos oportunidades de contar com um companheiro em seus últimos anos de vida (LEITE et al., 2012).

Um estudo que comparou a QV de pacientes com e sem doença mental verificou que pacientes psiquiátricos apresentaram pior QV, sendo que as características demográficas explicavam uma parte relativamente pequena desse achado (MASTHOFF et al., 2005). O resultado do presente estudo demonstrou que os determinantes independentes de pior QV foram relacionados principalmente às características clínicas, como o maior número de comorbidades e sintomas depressivos mais intensos. Esse achado está de acordo com estudos prévios, que constataram associação entre a diminuição da QV com o aumento de sintomas psiquiátricos, especialmente os depressivos (MASTHOFF et al., 2005; TROMPENAARS et al., 2005). Em nosso estudo, observou-se forte influência dos sintomas depressivos para pior QV em todos os domínios avaliados pelo WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Cabe pontuar que a presença de sintomas depressivos também pode contribuir para a negligência no autocuidado e para a adesão reduzida aos regimes terapêuticos (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005), ocasionando maior comprometimento físico, social e funcional nos idosos (SANTOS et al., 2012), além de gerar impacto negativo na QV.

Outra variável clínica que permaneceu como determinante de pior QV foi maior número de comorbidades clínicas, como HAS e DM2 em relação a perda dos sentidos (audição, visão, paladar, olfato e tato) e a autonomia para as decisões que afetam a vida diária. Em um

estudo que avaliou 333 adultos de ambos os sexos, identificou-se que os indivíduos normotensos apresentaram melhor QV relacionada à saúde quando foram comparados aos hipertensos, concluindo-se que a HAS, embora considerada entidade clínica na maioria das vezes “silenciosa”, interfere negativamente na QV de seus portadores (CARVALHO et al., 2013). Um estudo realizado na China com 667 pacientes com DM2 revelou que a prevalência de sintomas depressivos foi de 44,2% e a QV foi pior em pacientes com sintomas depressivos comparados aos diabéticos sem depressão. Os resultados também apontaram que melhores salários e apoio social proporcionaram melhora nos escores de QV nessa mesma população (LIU et al., 2013).

A despeito da média do escore na capacidade funcional compatível com o de “independência modificada”, isto é, não precisam de ajuda para executar as atividades, a QV dos idosos que apresentaram menor capacidade funcional foi significativamente pior para os domínios físico, social e funcionamento dos sentidos. Esse achado confirma que a manutenção da capacidade para desempenhar as atividades cotidianas tem implicações diretas na QV e está de acordo com outros estudos (ALVES et al., 2007; TORRES et al., 2009) que, no entanto, não foram realizados com usuários de CAPS.

Outro item referente à capacidade funcional é a autoavaliação do estado de saúde. Após a análise de regressão, observou-se forte associação entre uma pior autoavaliação da saúde com todos os domínios da QV avaliada pelo WHOQOL-BREF, na satisfação com realizações na vida e com objetivos a serem alcançados, bem como na participação social em atividades na comunidade. Este achado está de acordo com o estudo de um grupo de idosos que auto se avaliou como não saudável e considerou sua QV mais desfavorável em cinco das seis dimensões investigadas. Foram encontradas diferenças significativas para as dimensões físicas, nível de independência e QV geral, confirmando também a associação significativa entre a percepção de saúde e a menor intensidade de sintomas depressivos (TRENTINI et al., 2012). De fato, a percepção dos idosos sobre a QV significa principalmente ter saúde, viver bem, conviver bem com a família e com os amigos, poder realizar atividades de lazer e dispor de recursos para manter suas necessidades (PASKULIN et al., 2010). Segundo a OMS, os objetivos dos tratamentos, além de visar à restauração da saúde, devem objetivar a melhoria da QV e a preservação da autonomia, em uma interação multidimensional entre saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e atendimento das necessidades econômicas (OMS, 1996a).

Em relação ao acompanhamento dos idosos no CAPS, foi a maior frequência e não o tipo de atividade que apresentou impacto positivo na QV em relação ao domínio psicológico.

Esse domínio compreende questões referentes a sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais (FLECK et al., 2000).

Os CAPS são destinados a usuários com grave comprometimento psíquico (BRASIL, 2004) e, entre os idosos do estudo, o diagnóstico mais frequente foi o de depressão. Também se observou que todos usavam algum tipo de medicamento. Contudo, mesmo com a definição diagnóstica e em uso de medicamentos, quase a metade (n=22) apresentava sintomas compatíveis com depressão moderada a grave. Nesse sentido, ao elaborar o PTS, nota-se a importância da avaliação sistemática das características clínicas e da capacidade funcional, em conjunto com a proposta do CAPS, contemplando-se a reabilitação psicossocial, a inserção e o resgate da autonomia e da identidade (WETZEL et al., 2011), inserido em um contexto social (OLIVEIRA, 2010).

Como profissional que integra a equipe multidisciplinar dos CAPS, o enfermeiro tem o grande desafio de suprir as necessidades desses usuários em um ambiente acolhedor e inclusivo, que estimule o desenvolvimento de habilidades (KANTORSKI et al., 2012; VIDAL et al., 2012) e que avalie os aspectos clínicos, contribuindo efetivamente para o melhor cuidado desses indivíduos (LOURENÇO et al., 2012).

Este estudo apresenta algumas limitações, como o pequeno tamanho da amostra e a falta de estudos que envolvam a questão do envelhecimento dos usuários de serviços substitutivos como o CAPS, dificultando a comparação com outras amostras. Por outro lado, trata-se de um primeiro esforço para avaliar a QV de idosos que estão em acompanhamento em CAPS. Cabe salientar que a utilização de instrumento específico para avaliação de QV do idoso como o WHOQOL-OLD, em conjunto com o WHOQOL-BREF, foi fundamental para detectar as peculiaridades relativas à idade, visto que os idosos constituem um grupo com características específicas.

## 7 CONCLUSÕES

O estudo atingiu os objetivos e identificou como determinantes de QV as características clínicas e de capacidade funcional, principalmente os sintomas depressivos e a presença de comorbidades clínicas.

Considerando-se o envelhecimento da população, inclusive dos portadores de transtorno mental, os achados confirmam a importância de uma avaliação que contemple os diferentes aspectos da realidade do idoso. Mesmo que se trate de um serviço que atenda portadores de transtornos mentais graves ou persistentes, torna-se necessário dar atenção especial a algumas questões clínicas pertinentes a esse grupo etário.

Nos CAPS, o tratamento visa à inserção do indivíduo na sociedade e na família, observando, escutando e acolhendo cada usuário, buscando recursos que vão além das consultas e de medicamentos, o que mostrou ser um fator relevante no impacto da QV. Por outro lado, a avaliação de aspectos clínicos, como a estabilização de sintomas depressivos e das comorbidades clínicas na população idosa, é determinante de melhor QV.

É fundamental que a avaliação do idoso aconteça desde o acolhimento para que se possa conhecer melhor as necessidades reais do indivíduo. Também é preciso que ocorra de forma sistemática, estabelecendo, assim, um momento de escuta e monitoramento para melhor resolutividade e reavaliação das estratégias terapêuticas estabelecidas.

O uso de instrumentos para a avaliação pode ir além da pesquisa. Nesse caso, como enfermeira que atua em um CAPS, a avaliação criteriosa e singular propiciou-me a identificação de especificidades que possibilitam a elaboração do PTS, contribuindo para a integralidade do cuidado e para a identificação precoce de agravos na situação de saúde.

Em relação ao papel do enfermeiro, fica evidente seu desempenho na equipe, tendo em vista a formação que propicie uma visão holística tanto da situação clínica quanto funcional, confirmando seu papel primordial para que isso de fato aconteça.

Observa-se a necessidade cada vez mais premente de serem estabelecidos projetos terapêuticos efetivos e dinâmicos, capazes de atender às demandas crescentes dos idosos para o equilíbrio biopsicossocial e, também, favorecer uma melhora na QV.

Sugere-se que outros estudos sejam realizados sobre o tema com foco em intervenções psicossociais com impacto na QV, considerando as especificidades da população de idosos, que tende a aumentar significativamente nos próximos anos.

## REFERÊNCIAS

- AIRES, M.; PASKULIN, L. M. G.; MORAIS, E. P. Functional capacity of elder elderly: comparative study in three regions of Rio Grande do Sul. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p.11-17, 2010.
- ALEXANDRE, T. S.; CORDEIRO, R. C.; RAMOS, L. R. Fatores associados à qualidade de vida em idosos ativos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 613-621, 2009.
- ALONSO, A. M. I. **Investigação longitudinal da influência do uso de antidepressivos sobre os sintomas psiquiátricos e desempenhos neuropsicológicos e funcionais em idosos com e sem doença de Alzheimer**. 2012. xi, 68f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Comportamento) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012.
- ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, 2007.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-IV-TR**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- ARAÚJO, M. O. P. H.; CEOLIM, M. F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 378-385, 2007.
- BECK, A.T. et al. An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 4, n. 6, p. 561-571, 1961.
- BECKERT, M.; IRIGARAY, T. Q.; TRENTINI, C. M. Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 29, n. 2, p. 155-162, 2012.
- BLAY, S. L. et al. Epidemiologia dos transtornos mentais em idosos e utilização dos serviços por essa população. In: MELLO, M. F. de. et al. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 143-150.
- BORG, C. et al. Life Satisfaction in 6 European Countries: the relationship to health, self-esteem, and social and financial resources among people (Aged 65-89) with reduced functional capacity. **Geriatric Nursing**, New York, v. 29, n. 1, p. 48-57, 2008.
- BRASIL. Lei nº 10.216. **Lei Paulo Delgado**; Reforma Psiquiátrica. 6 de abril de 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm). Acesso em: 12 de maio de 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Legislação em saúde mental: 1990-2002**. 3.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**: estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Brasília, DF, 2002b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica, n. 19, Brasília, DF, 2006.

BOTTINO, C. M. C.; BARCELOS-FERREIRA, R.; RIBEIZ, S. R. I. Treatment of depression in older adults. **Current Psychiatry Reports**, Philadelphia, v. 14, n. 4, p. 289-297, 2012.

BYERS, A. L. et al. High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: the national comorbidity survey replication. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 67, n. 5, p. 489-496, 2010.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 232-235, 2010.

CAMOZZATO, A.; FILIPPON, A. P. M; KRUTER, B. C. Psicofármacos em idosos. In: CORDIOLI, A.V. et al. **Psicofármacos: consulta rápida**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 525-540.

CARVALHO, M. V. et al. Qualidade de vida de hipertensos. **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**, v.100, n. 2, p. 164-174, 2013.

CHACHAMOVICH, E. **Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-OLD e teste do desempenho do instrumento WHOQOL-BREF em uma população idosa brasileira**. 2005. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

CHENG, S-T. et al. Self-perception of aging and acute medical events in chronically institutionalized middle-aged and older persons with schizophrenia. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, Chichester, v. 27, n. 9, p. 907-913, 2012.

CORSO, A. N. et al. Impacto de sintomas depressivos na qualidade de vida de usuários da rede básica de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 257-262, 2009.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (Org). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. NAU editora, RJ. 2003. p. 13-44.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das escalas Beck**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

DEL DUCA, G. F.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais de vida diária em idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 796-805, 2009.

DUARTE, M. B.; REGO, M. A. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 691-700, 2007.

DUARTE, Y. A. O.; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 317-325, 2007.

DUARTE, Y. Princípios de assistência em enfermagem gerontológica. In: PAPALÉO NETTO, M. (org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento numa visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002.

ELKIS, H.; LOUZÃ, M. R. Novos antipsicóticos para o tratamento da esquizofrenia **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, Supl 2, p. 193-197, 2007.

FERREIRA, P. C. S.; TAVARES, D. M. S.; RODRIGUES, R. A. P. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 29-35, 2011.

FICK, D. M. et al. Updating the beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 163, n. 22, p. 2716-2724, 2003.

FIEDLER, M. M.; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 409-415, 2008.

FIORATI, R. C.; SAEKI, T. Projeto terapêutico nos serviços extra-hospitalares de saúde mental: uma reflexão crítica sobre a forma de elaboração e gestão dos projetos terapêuticos nos serviços. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 587-598, 2012a.

FIORATI, R. C.; SAEKI, T. As atividades terapêuticas em dois serviços extra-hospitalares de saúde mental: a inserção das ações psicossociais. **Cadernos de Terapia Ocupacional UFS-Car**, São Carlos, v. 20, n. 2, p. 207-215, 2012b.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 2, p.198-205, 1999.

\_\_\_\_\_. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34 n. 2, p. 178-83, 2000.

\_\_\_\_\_. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 431-438, 2002.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 793-799, 2003.

\_\_\_\_\_. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 785-791, 2006.

FLORIANO, P. J.; DALGALARRONDO, P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, p. 162-170, 2007.

FONSECA, F. B.; RIZZOTTO, M. L. F. Construção de instrumento para avaliação sócio-funcional em idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 365-373, 2008.

FREIRE JUNIOR, R. C.; TAVARES, M. F. L. A promoção da saúde nas instituições de longa permanência: uma reflexão sobre o processo de envelhecimento no Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 83-92, 2006.

GAZALLE, F. K. et al. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 365-371, 2004.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 245-250, 1998.

HAMILTON, M. The assessment of anxiety states by rating. **British Journal of Medical Psychology**, London, v. 32, n. 1, p. 50-55, 1959.

HELTON, T. K.; MCGRAIN, A. R.; MULIIRA, J. K. A case study: inappropriate use of amitriptyline in the elderly. **Geriatric Nursing**, New York, v. 26, n. 5, p. 317-320, 2005.

HIRUNWATTHANAKUL, P. et al. The Impact of self-reported visual disability on quality of life among older persons in a rural area of northeast Thailand: a follow-up study. **International Journal of Social Science Studies**, v. 1, n. 1, p. 47-53, 2013.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>>. Acesso em: 01 out. 2012.

\_\_\_\_\_. **Censo demográfico de 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 25 mai. 2011.

JIMENEZ, D. E. et al. Prevalence of psychiatric illnesses in older ethnic minority adults. **Journal of American Geriatric Society**, Malden, v. 58, n. 2, p. 256-64, 2010.

KANTORSKI, L. P. et al. Avaliação da estrutura e processo na visão dos familiares de usuários de saúde mental. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 173-180, 2012.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

KLUG, G. et al. Effectiveness of home treatment for elderly people with depression: randomised controlled trial. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 197, n. 6, p. 463-467, 2010.

KYLE, C. J., PETERSEN, H. E. H., OVERO, K. F. Comparison of the tolerability and efficacy of citalopram and amitriptyline in elderly depressed patients treated in general practice. **Depression and Anxiety**, New York, v. 8, n. 4, p. 147-153, 1998.

LADEIRA, R. B. **Atividade da enzima GSK-3B em pacientes idosos portadores de transtorno bipolar medicados**. 2012. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. **SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.

LEITE, M. T.; et al. Estado cognitivo e condições de saúde de idosos que participam de grupos de convivência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 4, p. 64-71, 2012.

LIU, Y. et al. Factors related to quality of life for patients with type 2 diabetes with or without depressive symptoms: results from a community-based study in China. **Journal of Clinical Nursing**, v. 22, n. 1-2, p. 80-88, 2013.

LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 712-719, 2006.

LOURENÇO, T. M. **Capacidade funcional do idoso longo em unidades de internação hospitalar na cidade de Curitiba-PR**. 2011. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

LOURENÇO, T. M. et al. Capacidade funcional no idoso longo: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 176-185, 2012.

MARK, T. L. et al. Antidepressant use in geriatric populations: the burden of side effects and interactions and their impact on adherence and costs. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, Washington, DC, v. 19, n. 3, p. 211-21, 2011.

MASTHOFF, E. D. et al. Validation of the WHO Quality of Life assessment instrument (WHOQOL-100) in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. **European Psychiatry**, Paris, v. 20, n. 7, p. 465-473, 2005.

MAUÉS, C. R. et al. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 8, n. 5, p. 405-410, 2010.

MENEZES, P. R. Prognóstico da esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, supl. 1, p. 18-20, 2000.

MIELKE, F. B. et al. Avaliação qualitativa da relação de atores sociais com a loucura em um serviço substitutivo de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 501-507, 2012.

- MORAES, J. F. D.; SOUZA, V. B. A. Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 302-308, 2005.
- MORORÓ, M. E. M. L.; COLVERO, L. A.; MACHADO, A. L. Os desafios da integralidade em um centro de atenção psicossocial e a produção de projetos terapêuticos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1171-1176, 2011.
- NETTO, M. U. Q.; FREITAS, O.; PEREIRA, L. R. L. Antidepressivos e benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto-SP. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica Aplicada**, Araraquara, v. 33, n. 1, p. 77-81, 2012.
- NOGUEIRA, E. L.; ULRICH, L. E.; CATALDO NETO, A. Depressão de início tardio. In: SCHWANKE, C. H. A. et al. **Atualizações em geriatria e gerontologia IV**: aspectos demográficos, biopsicossociais e clínicos do envelhecimento. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.
- OLIVEIRA, D. A. A. P. et al. Depressão em idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p.734-736, 2006.
- OLIVEIRA, G. N. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Condições de saúde e suas tendências. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Saúde nas Américas**: 2007. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, v. 1, cap. 2, 2007.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Psychiatry of the Elderly: a consensus statement**. World Health Organization: Division of mental health and prevention of substance abuse. Geneva, 1996a.
- \_\_\_\_\_. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: **CID-10 (décima revisão)**. Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3.ed. São Paulo: EDUSP; 1996b.
- ORLEY, J.; KUYKEN, W. (ed.). **Quality of life assessment**: international perspectives, 1994. Heidelberg: Springer Verlag, 1994. p. 41-60.
- PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validation of geriatric depression scale in a general outpatient clinic. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 918-923, 2005.
- PASKULIN, L. M. G. et al. Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 101-107, 2010.
- PIMENTA, E. S. O cuidado necessário na relação família, portador de transtorno mental e centro de atenção psicossocial. **Conhecimento & Diversidade**, Niterói, v. 4, n. 7, p. 43-54, 2012.
- PINTO, A.G.A. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 3, p. 653-660, 2012.

- PRÉVILLE, M. et al. Correlates of potentially inappropriate prescriptions of benzodiazepines among older adults: results from the ESA study. **Canadian Journal on Aging**, Maple, v. 31, n. 3, p. 313-322, 2012.
- RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, 2003.
- RAMOS, L. R.; SIMÕES, E. J.; ALBERT, M. S. Dependence in activities of daily living and cognitive impairment strongly predicted mortality in older urban residents in Brazil: a 2-year follow-up. **Journal of American Geriatric Society**, New York, v. 49, n. 9, p. 1168-1175, 2001.
- RICCI, N. A.; KUBOTA, M. T.; CORDEIRO, R. C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 655-662, 2005.
- RODRIGUES, R. A. P. et al. Morbidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 643-648, 2008.
- ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.
- SANDUVETTE, V. Sobre como e porque construir, (re)construir e avaliar projetos terapêuticos nos centros de atenção psicossocial (CAPS). **Psicologia USP**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 83-100, 2007.
- SANTANA, C. M. **Transtornos mentais e déficits cognitivos**: estudo transversal de uma população idosa residente na área de captação do Hospital das Clínicas na cidade de São Paulo. 2011. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- SANTOS, J. G. et al. Sintomas depressivos e prejuízo funcional de idosos de um centro-dia geriátrico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 2, p. 102-106, 2012.
- SANTOS, M.; ALMEIDA, A. Polimedicação no idoso. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. serIII, n. 2, p. 149-162, 2010.
- SCHEINKMAN, L. Transtorno bipolar no idoso: estado atual do conhecimento. **Arquivos Brasileiro de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro, v. 100, n. 1, p. 34-37, 2006.
- STEIN, D. J. et al. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in South Africa. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 192, n. 2, p. 112-117, 2008.
- TAVARES, D. M. S. et al. Qualidade de vida e capacidade funcional de idosos residentes na zona rural. **RevRene**, Fortaleza, v. 12, n. esp., p. 895-903, 2011.
- \_\_\_\_\_. Fatores associados à qualidade de vida de idosos com osteoporose residentes na zona rural. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, 2012.

- TAVARES, D. M. S.; DIAS, F. A. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 112-120, 2012.
- THOMPSON, P.; LANG, L.; ANNELLS, M. A systematic review of the effectiveness of in-home community nurse led interventions for the mental health of older persons. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v.17, n. 11, p. 1419-1427, 2008.
- TORRES, G. V et al . Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 1, p. 39-44, 2009.
- TRENTINI, C. M. et al. Quality of life (QoL) in a Brazilian sample of older adults: the role of sociodemographic variables and depression symptoms. **Applied Research Quality of Life**, Netherlands, v. 6, p. 291-309. 2011.
- TRENTINI, C. M. et al. Subjective perception of health in elderly inpatients. **International Journal of Psychology**, Paris, v. 47, n.4, p. 279-286, 2012.
- TRENTINI, C. M.; XAVIER, F. M. F.; FLECK, M. P. A. Qualidade de vida em idosos. In: PARENTE, M. A. de M. P. et al. **Cognição e envelhecimento**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 19-29.
- TROMPENAARS, F. J. et al. Relationships between demographic variables and quality of life in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. **Society Psychiatry Epidemiology**, Berlin, v. 40, n.7, p. 588-594, 2005.
- ULRICH, L. E. F. **Depressão maior de início precoce ou tardio em idosos: um estudo comparativo**. Porto Alegre: PUCRS, 2012.
- VIDAL, F. D. L. et al. Prática de cuidar/cuidado aos portadores de transtornos mentais: concepção dos enfermeiros. **Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 99-106, 2012.
- VOYER, P.; MARTIN, L.S. Improving geriatric mental health nursing care: making a case for going beyond psychotropic medications. **International Journal of Mental Health Nursing**, Austrália, v. 12, n.1, p. 11-21, 2003.
- WETZEL, C. et al. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2133-2143, 2011.
- WHOQOL. **The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization**. Soc. Sci. Med., Oxford, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHOQOL: measuring quality of life**. 2005. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health](http://www.who.int/mental_health)>. Acesso em: 19 dez. 2011.
- XAVIER, F. M. F. et al. Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 294-302, 2001.
- XAVIER, F.M. F. O transtorno cognitivo da depressão geriátrica ou a “pseudodemência depressiva” do idoso. In: PARENTE, M. A. de M. P. et al. **Cognição e envelhecimento**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 205-224.

## APÊNDICE A – PROTOCOLO DE PESQUISA

### Dados demográficos

1. **Código do participante:** \_\_\_\_\_
2. **Sexo:** Masculino (1);  
Feminino (2)
3. **Data de Nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
4. **Idade:** \_\_\_\_ anos
5. **Religião** \_\_\_\_\_
6. **Nível Educacional**  
 (1) Fundamental Incompleto (2) Fundamental Completo (3) Médio Incompleto  
 (4) Médio Completo (5) Superior Incompleto (6) Superior Completo  
 (7) Pós-graduação (8) Outros (Especificar): \_\_\_\_\_
7. **Anos completos de estudo** (desprezar repetências): \_\_\_\_ anos

### Dados Étnicos

8. **Cor da pele declarada**  
 (1) Branca (2) Negra (3) Ameríndia (4) Mestiça (5) Amarela
9. **Feições étnicas** (pesquisador)  
 (1) Caucasiana (2) Indígena (3) Afrodescendente (4) Oriental (5) Não sabe

### Dados socioeconômicos

10. **Classe Socioeconômica (IBGE)**  
 (1) Classe A: 35 ou + pontos (2) Classe B: 21-34 ponto (3) Classe C: 10-20 pontos  
 (1) Classe D: 5-9 pontos (2) Classe E: 0-4 pontos (3) Classe C: 10-20 pontos

Item	Não tem	1	2	3	4	5	6 ou +
<b>TV</b>	0	2	4	6	8	10	12
<b>Rádio</b>	0	1	2	3	4	5	6
<b>Banheiro</b>	0	2	4	6	8	10	12
<b>Carro</b>	0	4	8	12	16	16	16
<b>Empregada</b>	0	6	12	18	24	24	24
<b>Telefone</b>	0	5	5	5	5	5	5
<b>Geladeira</b>	0	2	2	2	2	2	2
<b>Instrução do chefe da família</b>						<b>Pontos</b>	
Analfabeto/Ensino fundamental incompleto						0	
Ensino fundamental completo						1	
Ensino médio incompleto						3	
Ensino médio completo/Ensino superior incompleto						5	
Ensino superior completo						10	

### Dados clínicos

11. **Diagnóstico psiquiátrico:** \_\_\_\_\_
12. **Idade de início dos sintomas** (aproximadamente): \_\_\_\_ anos
13. **Tratamento?** Qual medicação está usando no momento?  
 \_\_\_\_\_  
 (0) Nenhum; (1) ISRS; (2) Benzodiazepínico; (3) Tricíclico; (4) Antipsicótico; (5) iMAO;  
 (1) (6) Moderador do humor (7) outro \_\_\_\_\_

**14. Eventos adversos:**

(1) Xerostomia (2) Constipação (3) Náusea (4) Dor abdominal (5) Vertigem (6) Sudorese (7) Ansiedade (8) Vômitos (9) Agitação (10) Fogacho (11) Palpitação (12) Tremor (13) Disúria (14) Nervosismo (15) Cefaleia (16) Insônia (17) Fadiga (18) Sonolência (19) Dispepsia (20) Disfunção sexual (21) Diminuição da libido (22) Disfunção erétil/diminuição da lubrificação (23) Anorgasmia (24) Retardo ejaculatório

**15. Quantas vezes se internou em hospital psiquiátrico:** \_\_\_\_\_

**16. Última internação psiquiátrica (quando e onde):** \_\_\_\_\_

**17. Comorbidades clínicas:** (1) HAS (2) Diabetes melito (3) Cardiopatia  
(4) outras: \_\_\_\_\_

**18. Medicamentos clínicos concomitantes:** \_\_\_\_\_

**19. Histórico familiar:**

- |                         |                           |                      |
|-------------------------|---------------------------|----------------------|
| (1) Depressão mod-grave | (2) Distímia              | (3) TH bipolar       |
| (4) Esquizofrenia       | (5) TDAH                  | (6) TOC              |
| (7) TAG                 | (8) TEPT                  | (9) Fobia social     |
| (10) Síndrome psicótica | (11) Anorexia nervosa     | (12) Bulimia nervosa |
| (13) Agorafobia         | (14) Transtorno de pânico |                      |

Familiar em 1º grau: (M)\_\_\_\_, (P)\_\_\_\_, ( )\_\_\_\_, ( )\_\_\_\_, ( )\_\_\_\_

Familiar em 2º grau: (Avô)\_\_\_\_, (Avó)\_\_\_\_, ( )\_\_\_\_, ( )\_\_\_\_, ( )\_\_\_\_

Sobre o tratamento:

**20. Frequência no CAPS:** \_\_\_\_\_

**21. Há quanto tempo frequenta o CAPS:** \_\_\_\_\_

**22. Atividades que realiza no CAPS:**

Oficina (1) frequência: \_\_\_\_\_ Terapia comunitária (2) frequência: \_\_\_\_\_

Consulta médica (3) frequência: \_\_\_\_\_ Psicoterapia em grupo (4) frequência: \_\_\_\_\_

Psicoterapia individual (5) frequência: \_\_\_\_\_ Terapia ocupacional (5) frequência: \_\_\_\_\_

Grupo de idosos (6) frequência: \_\_\_\_\_ Festas e passeios (7) frequência: \_\_\_\_\_

Grupo da previdência (8) frequência: \_\_\_\_\_ Medicação assistida (9) frequência: \_\_\_\_\_

**23. Frequenta algum grupo terapêutico em UBS/ESF ou outro:** \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você a participar desse projeto que está sendo desenvolvido por investigadores da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O estudo intitulado “**Avaliação da qualidade de vida de idosos usuários de um centro de atenção psicossocial**” tem como objetivo principal **conhecer a qualidade de vida e funcionamento de idosos que frequentam um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**.

Para atingirmos os objetivos, faremos uma entrevista a fim de coletar as informações sobre dados sociodemográficos. Para completar a avaliação, solicitamos que você responda aos seguintes questionários: avaliação da função cognitiva, de ansiedade e depressão, sobre a qualidade de vida e o funcionamento diário. A entrevista terá duração de aproximadamente uma hora.

O risco para participar deste estudo é o desconforto que você pode sentir ao responder alguns itens dos questionários. Você não precisará responder a qualquer um desses instrumentos ou perguntas caso se sinta desconfortável. O benefício principal é o de que a informação coletada neste estudo poderá auxiliar no tratamento de outros pacientes no futuro. Certificamos que todas as informações fornecidas são confidenciais, bem como a privacidade dos sujeitos.

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado(a) do objetivo acima descrito e da justificativa da pesquisa para a qual estão sendo utilizados os instrumentos de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento, terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, sem prejuízo no meu atendimento.

O pesquisador, \_\_\_\_\_, certificou-me de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial e no caso de divulgação serão sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Cachoeirinha, .....de .....de .....

Assinatura do usuário:..... ou

Assinatura do responsável:.....

Assinatura do pesquisador:.....

Contatos:

Pesquisador responsável: Prof<sup>ª</sup> Elizeth Heldt – Fone: (051)33085081 - eheldt@hcpa.ufrgs.br

Pesquisadora discente: Gabriela Bottan – Fone: (051)81586266 - gabibottan@gmail.com

Programa de Pós-graduação em Enfermagem:

Rua São Manoel, 963 - Campus Saúde - Bairro Rio Branco –

Porto Alegre - RS - CEP: 90620-110 Fone: (051) 3308.5226

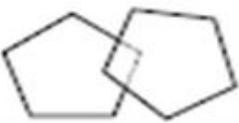
Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS- Fone: (051) 3308-3629.

ANEXO A – MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MMSE)

Código identificador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)**

<b>ORIENTAÇÃO</b> * Qual é o (ano) (estação) (dia/semana) (dia/mês) e (mês). * Onde estamos (país) (estado) (cidade) (rua ou local*) (andar).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>REGISTRO</b> * Dizer três palavras: PENTE RUA AZUL. Pedir para prestar atenção pois terá que repetir mais tarde. Pergunte pelas três palavras após 5-10s decorrido. Repetir até que evoque corretamente e anotar número de vezes: ____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>ATENÇÃO E CÁLCULO</b> * Subtrair: 100-7 (5 tentativas: 93 – 86 – 79 – 72 – 65) Alternativo <sup>1</sup> : série de 7 dígitos (5 8 2 6 9 4 1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>EVOCAÇÃO</b> * Perguntar pelas 3 palavras anteriores (pente-rua-azul)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>LINGUAGEM</b> * Identificar lápis e relógio de pulso * Repetir: "Nem aqui, nem ali, nem lá". * Seguir o comando de três estágios: "Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e ponha no chão". * Ler 'em voz baixa' e executar: FECHER OS OLHOS * Escrever uma frase (um pensamento, idéia completa) * Copiar o desenho:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>TOTAL:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



\*Rua é usado para visitas domiciliares.  
Local para consultas no Hospital ou outra instituição!

<sup>1</sup> Alternativo é usado quando o entrevistado erra JÁ na primeira tentativa, OU acerta na primeira e erra na segunda. SEMPRE que o alternativo for utilizado, o escore do item será aquele obtido com ele. Não importa se a pessoa refere ou não saber fazer cálculos – de qualquer forma se inicia o teste pedindo que faça a subtração inicial. A ordem de evocação tem que ser exatamente a de apresentação!

## ANEXO B – WHOQOL-BREF

Código identificador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**WHOQOL - breve**

**INSTRUÇÕES:** Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, de sua saúde e de outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas aquela que lhe parecer mais apropriada. Essa, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando **o que você acha de sua vida**, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

**Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que lhe parecer a melhor resposta.**

		Muito Ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito Boa
1	Como você avaliaria a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas **nas últimas duas semanas**.

		Nada	Muito Pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas **nessas últimas duas semanas**.

		Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida **nas últimas duas semanas**.

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo(a)?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas **nas últimas duas semanas**.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se às suas **crenças pessoais** e ao quanto elas afetam a sua qualidade de vida. As questões dizem respeito a religião, espiritualidade e outras crenças que você possa ter. Uma vez mais, elas se referem **às duas últimas semanas**.

		Nunca	Muito Pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
27	Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida?	1	2	3	4	5
28	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
29	Em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades?	1	2	3	4	5
30	Em que medida suas crenças pessoais o(a) ajudam a entender as dificuldades da vida?	1	2	3	4	5

## ANEXO C – WHOQOL-OLD

Código identificador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old\_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old\_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old\_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old\_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old\_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old\_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old\_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old\_08 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old\_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old\_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old\_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old\_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old\_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old\_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old\_15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old\_16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old\_17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old\_18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old\_19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz
1	2	3	4	5

old\_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

old\_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old\_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old\_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old\_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

**VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?**

**OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!**

**ANEXO D – HAMILTON PARA ANSIEDADE (HAM-A)**

Código identificador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**ESCALA HAMILTON DE ANSIEDADE**

Com escore padronizado

<b>ESCORE PADRONIZADO</b> MÁXIMO = Um ou mais sintomas máximos OU mais que 2 sintomas fortes FORTE = Um ou mais sintomas fortes OU mais que 2 sintomas médios MÉDIO = Um ou mais sintomas médios OU mais que 2 sintomas leves LEVE = Qualquer sintoma leve	Ausente	Leve	Médio	Forte	Máximo
	0	1	2	3	4
<b>HUMOR ANSIOSO</b> – ( ) inquietude, ( ) temor do pior, ( ) apreensão quanto ao futuro ou presente, ( ) irritabilidade					
<b>TENSÃO</b> – ( ) sensação de tensão, ( ) fadigabilidade, ( ) tremores, ( ) choro fácil, ( ) incapacidade de relaxar, agitação, reações de sobressalto					
<b>MEDO</b> – ( ) de escuro, ( ) de desconhecidos, ( ) de multidão, ( ) de ser abandonado, ( ) de animais grandes, ( ) de trânsito					
<b>INSÔNIA</b> – ( ) dificuldade de adormecer, ( ) sonhos penosos, ( ) sono interrompido, ( ) sono insatisfatório, ( ) fadiga ao acordar, ( ) pesadelos, ( ) terrores noturnos					
<b>DIFICULDADES INTELECTUAIS</b> – ( ) dificuldade de concentração, ( ) distúrbios de memória					
<b>HUMOR DEPRESSIVO</b> – ( ) perda de interesse, ( ) humor variável, ( ) indiferença às atividades de rotina, ( ) despertar precoce, ( ) depressão					
<b>SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (MUSCULARES)</b> – ( ) dores e lassidão muscular, ( ) rigidez muscular, ( ) mioclonias, ( ) ranger de dentes, ( ) voz insegura					
<b>SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (SENSORIAIS)</b> – ( ) visão turva, ( ) ondas de calor ou frio, ( ) sensação de fraqueza, ( ) sensação de picada, ( ) zumbidos					
<b>SINTOMAS CARDIOVASCULARES</b> – ( ) taquicardia, ( ) palpitações, ( ) dores pré-cordiais, ( ) batidas, ( ) pulsações arteriais, ( ) sensação de desmaio					
<b>SINTOMAS RESPIRATÓRIOS</b> – ( ) sensação de opressão, ( ) dispneia, ( ) constrição torácica, ( ) suspiro, ( ) bolo faríngeo					
<b>SINTOMAS GASTRINTESTINAIS</b> – ( ) dificuldade de engolir, ( ) aerofagia, ( ) dispepsia, ( ) dor pré ou pós-prandial, ( ) queimações, ( ) empanzinamento, ( ) náuseas, ( ) vômitos, ( ) cólicas diarréias, ( ) constipação, ( ) perda de peso					
<b>SINTOMAS GÊNITURINÁRIOS</b> – ( ) micções frequentes, ( ) urgência de micção, ( ) frigidez, ( ) amenorreia, ( ) ejaculação precoce, ( ) ausência de ereção, ( ) impotência					
<b>SINTOMAS DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO</b> – ( ) secura na boca, ( ) ruborização, ( ) palidez, ( ) tendência à sudorese, ( ) vertigens, ( ) cefaleia de tensão					
<b>COMPORTAMENTO NA ENTREVISTA</b> – <i>Geral:</i> ( ) tenso, ( ) pouco à vontade, ( ) agitação das mãos, ( ) dos dedos, ( ) tiques, ( ) inquietação, ( ) respiração suspiriosa. <i>Fisiológico:</i> ( ) eructações, ( ) taquicardia em repouso, ( ) ritmo respiratório > 20 mpm					
<b>TOTAL</b>					

## ANEXO E – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Código identificador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**INSTRUÇÕES:** Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na **ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE!** Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

- 0 Não me sinto triste
- 1 Me sinto triste
- 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto
- 3 Estou tão triste e infeliz que não consigo suportar
  
- 0 Não estou especialmente desanimado(a) quanto ao futuro
- 1 Eu me sinto desanimado(a) quanto ao futuro
- 2 Acho que nada tenho a esperar
- 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar
  
- 0 Não me sinto um fracasso
- 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum
- 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo que posso ver é um monte de fracassos
- 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso
  
- 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes
- 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes
- 2 Não encontro um prazer real em mais nada
- 3 Estou insatisfeito(a) ou aborrecido(a) com tudo
  
- 0 Não me sinto especialmente culpado(a)
- 1 Eu me sinto culpado(a) grande parte do tempo
- 2 Eu me sinto culpado(a) na maior parte do tempo
- 3 Eu me sinto culpado(a) todo o tempo
  
- 0 Não acho que esteja sendo punido(a)
- 1 Acho que posso ser punido(a)
- 2 Creio que vou ser punido(a)
- 3 Acho que estou sendo punido(a)
  
- 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo(a)
- 1 Estou decepcionado(a) comigo mesmo(a)
- 2 Estou enojado(a) de mim
- 3 Eu me odeio
  
- 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros
- 1 Sou crítico(a) em relação a mim por minhas fraquezas ou erros
- 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas
- 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
  
- 0 Não tenho quaisquer ideias de me matar
- 1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria
- 2 Gostaria de me matar
- 3 Eu me mataria se tivesse a oportunidade
  
- 0 Não choro mais que o habitual
- 1 Choro mais agora do que costumava
- 2 Agora, choro o tempo todo
- 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira

- 0 Não sou mais irritado(a) do que sempre estou  
 1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava  
 2 Agora, eu me sinto irritado(a) o tempo todo  
 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar
- 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas  
 1 Estou menos interessado(a) pelas outras pessoas do que costumava estar  
 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas  
 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas
- 0 Tomo decisões tão bem quanto antes  
 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava  
 2 Tenho mais dificuldade de tomar decisões do que antes  
 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões
- 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes  
 1 Estou preocupado(a) em estar parecendo velho(a) ou sem atrativo  
 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativo  
 3 Acredito que pareço feio(a)
- 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes  
 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa  
 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa  
 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho
- 0 Consigo dormir tão bem como o habitual  
 1 Não durmo tão bem como costumava  
 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir  
 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir
- 0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual  
 1 Fico cansado(a) mais facilmente do que costumava  
 2 Fico cansado(a) em fazer qualquer coisa  
 3 Estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa
- 0 Meu apetite não está pior do que o habitual  
 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser  
 2 Meu apetite é muito pior agora  
 3 Absolutamente não tenho mais apetite
- 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente  
 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio  
 2 Perdi mais do que 5 quilos  
 3 Perdi mais do que 7 quilos  
*Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: ( ) Sim ( ) Não*
- 0 Não estou mais preocupado(a) com a minha saúde do que o habitual  
 1 Estou preocupado(a) com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação  
 2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa  
 3 Estou tão preocupado(a) com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa
- 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo  
 1 Estou menos interessado em sexo do que costumava  
 2 Estou muito menos interessado por sexo agora  
 3 Perdi completamente o interesse por sexo

**Subtotal da página 1** \_\_\_\_\_  
**Subtotal da página 2** \_\_\_\_\_  
**ESCORE TOTAL** \_\_\_\_\_

**ANEXO F – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO SÓCIO-FUNCIONAL EM IDOSOS  
(IASFI)**

1. Código identificador: \_\_\_\_\_
2. Endereço: Rua: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_
3. Bairro: \_\_\_\_\_ 4. Cidade: \_\_\_\_\_ 5. Telefone: \_\_\_\_\_
6. Sexo: Masc ( ) Fem ( ) 7. Idade: \_\_\_\_\_
8. Escolaridade: Analfabeto ( ) Alfabetizado ( ) Grau de instrução: \_\_\_\_\_
9. Situação conjugal: Solteiro(a) ( ) Casado(a)/juntado(a) ( ) Divorciado(a) ( ) Viúvo(a) ( )
10. Com quem mora: Sozinho(a) ( ) Com cônjuge/companheiro(a) ( ) Com filhos ( )  
Com netos ( ) Com amigos e/ ou parentes ( ) Outros ( ) Qual? \_\_\_\_\_
11. Trabalha: Sim ( ) Não ( ) Se sim. Em quê? \_\_\_\_\_
12. Se não trabalha: é aposentado? Sim ( ) Não ( )
13. Qual a atividade que exercia antes de parar de trabalhar? \_\_\_\_\_
14. Renda mensal: Até 1 salário mínimo ( ) De 1 a 2 salários ( ) De 2 a 3 salários ( )  
De 3 a 4 salários ( ) De 4 a 5 salários ( ) + de 5 salários ( )
15. Você diria que sua saúde é? Excelente ( ) Boa ( ) Regular ( ) Má ( ) Não sabe informar ( )  
Porque classifica a sua saúde dessa forma? \_\_\_\_\_
16. Tem alguma doença? Sim ( ) Não ( ) Se sim, quais?
17. Sente dor em alguma parte do corpo? Sim ( ) Não ( )  
Se sim, onde? \_\_\_\_\_  
Características da dor? \_\_\_\_\_
18. Faz uso de alguma prótese? Ocular ( ) Auditiva ( ) Ortopédica ( ) Outras ( )  
Quais? \_\_\_\_\_
19. Toma algum medicamento prescrito pelo médico? Sim ( ) Não ( ) Se sim, quais e para  
quê? \_\_\_\_\_
20. Faz uso de automedicação? Sim ( ) Não ( ) Se sim, quais e para quê?
21. Teve internado no último ano? Sim ( ) Não ( ) Se sim, qual o motivo?
22. Sofreu quedas nos últimos seis meses? Sim ( ) Não ( )  
Se sim, onde? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_  
Teve alguma consequência para a sua saúde? \_\_\_\_\_

---

23. Como avalia sua memória atualmente?  
Excelente ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Não sabe informar ( )

24. Qual o dia da semana? Resposta correta ( ) incorreta ( )
25. Qual a data de nascimento? Resposta correta ( ) incorreta ( )
26. Quando você precisa de ajuda, a quem procura? Cônjuge ( ) Filhos ( ) Netos ( ) Vizinhos ( ) Amigos ( ) Outros ( ) Quem? \_\_\_\_\_
27. Participa de grupos (religioso, na UBS, no clube, etc.)? Sim ( ) Não ( )  
Se sim, quais? \_\_\_\_\_
28. Como você ocupa seu tempo ? (lazer) \_\_\_\_\_
29. Como você se sente atualmente em relação a:
- Própria vida \_\_\_\_\_
- Família \_\_\_\_\_
- Comunidade \_\_\_\_\_
- Serviços de saúde \_\_\_\_\_

**Avaliação das atividades básicas de vida diária (ABVDs) e das atividades instrumentais de vida diária (AIVDs)**

Pontuação:

Necessita de ajuda total para realizar a atividade = 1

Ajuda máxima (o indivíduo realiza até 25% da atividade sozinho) = 2

Ajuda moderada (o indivíduo realiza até 50% da atividade sozinho) = 3

Ajuda mínima (o indivíduo realiza até 75% da atividade sozinho) = 4

Só precisa de supervisão para realizar a atividade = 5

Realiza a atividade com independência modificada = 6

Realiza a atividade com independência completa = 7

Categorias:

**Atividades Básicas de Vida Diária**

*Autocuidado (variação de 8-56 pontos)*

1. Alimentação (utilização dos utensílios para levar o alimento a boca, mastigação e deglutição do alimento) ( )
2. Preparo do alimento (escolha do alimento, utilização dos utensílios para o preparo) ( )
3. Higiene matinal (escovar os dentes, pentear o cabelo) ( )

4. Banho (utensílios para o banho, desnudação, lavagem e secagem do corpo) ( )
5. Vestir acima da cintura (escolha, colocação e abotoamento das roupas) ( )
6. Vestir abaixo da cintura (escolha, colocação das roupas, incluindo as meias, sapatos) ( )
7. Cortar as unhas dos pés ( )
8. Tomar medicamentos (medicamento, dose e hora certa) ( )

*Controle de esfíncteres (2-14 pontos)*

9. Controle da urina (incluindo a retirada da roupa para utilizar o sanitário, sentar-se e levantar-se do sanitário, limpar-se e higiene das mãos) ( )
10. Controle das fezes (incluindo a retirada da roupa para utilizar o sanitário, sentar-se e levantar-se do sanitário, limpar-se e higiene das mãos) ( )

*Transferências (3-21 pontos)*

11. Move-se na cama e fora dela ( )
12. Uso do vaso sanitário (deslocamento) ( )
13. Uso do chuveiro (deslocamento e utilização) ( )

*Locomoção (3-21 pontos)*

14. Locomoção (caminhar na parte interna e externa da casa) ( )
15. Uso do transporte coletivo ( )
16. Escadas (sobe e desce escadas) ( )

*Equilíbrio (4-28 pontos)*

17. Posição sentada para posição de pé ( )
18. - Posição de pé para posição sentada ( )
19. Permanece de pé sem apoio ( )
20. Pega objetos do chão a partir da posição de pé ( )

**Atividades Instrumentais de Vida Diária (5-35 pontos)**

21. Limpeza doméstica leve (lavar louça, arrumar cama) ( )
22. Limpeza doméstica pesada (carregar peso, lavar roupa, varrer a casa) ( )
23. Finanças (administrar o dinheiro) ( )
24. Compras (fazer compras em lugares perto de casa) ( )
25. Uso do telefone (utiliza, marca números) ( )

Escore total: 25 a 175 pontos

Subscores: 25 pontos: dependência completa (assistência total)

26-50 pontos: dependência modificada (ajuda em até 75% das tarefas)

51-83 pontos: dependência modificada (ajuda em até 50% das tarefas)

84-143 pontos: dependência modificada (ajuda em até 25% das tarefas)

144-175 pontos: independência modificada/ completa (não precisa de ajuda para executar as atividades)

**Avaliação das atividades avançadas de vida diária (AAVDs)**

1. Viagem (realiza viagens sozinho) Sim ( ) Não ( )
2. Dirige automóvel Sim ( ) Não ( )
3. Realiza atividade física Sim ( ) Não ( ). Se sim, quais: \_\_\_\_\_
4. Realiza atividades manuais (pintar, tocar um instrumento musical) Sim ( ) Não ( )

Diagnóstico em relação ao grau de dependência: \_\_\_\_\_

Ações a serem desenvolvidas pelo serviço de saúde a partir do diagnóstico do grau de dependência: \_\_\_\_\_

---

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nome/Assinatura: \_\_\_\_\_

**ANEXO G – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA****ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CACHOEIRINHA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Ofício nº 67/2011 – SMS

Cachoeirinha, 23 de Maio de 2011.

Prezados:

Vimõs autorizar que a Pesquisa de Mestrado, da aluna Gabriela Bottan e orientadora Dra. Elizeth Heldt, vinculada ao Pós- Graduação de Enfermagem da UFRGS, com nome provisório “Qualidade de Vida em Idosos Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial”, seja realizada no Centro de Atenção Psicossocial de Cachoeirinha (CAPS), bem como, que seja divulgado o nome da Instituição, após o projeto ter a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS.

Atenciosamente.



Gerson Cutrúneo,  
Secretário Municipal de Saúde.

Ao  
Programa de Pós-Graduação de Enfermagem,  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,  
Porto Alegre, RS.

## ANEXO H – CARTA APROVAÇÃO: COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

### DECLARAÇÃO

Projeto PG. MS. : 03/2011

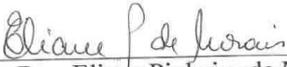
**Pesquisadores:** Gabriela Bottan e Profa. Elizeth Heldt

**1º Título:** SAÚDE MENTAL E ENVELHECIMENTO: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.

**2º Título:** AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, declara que CERTIFICA o projeto em tela, já submetido e aprovado pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 16 de Setembro de 2011.

  
 \_\_\_\_\_  
 Profa. Dra. Eliane Pinheiro de Moraes  
 Coordenadora da COMPESQ/EENF

Eliane Pinheiro de Moraes  
 Coordenadora Compesq  
 EENF - UFRGS

## ANEXO I – CARTA APROVAÇÃO: COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFRGS



**UFRGS**  
UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL

**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA**  
Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs



### **CARTA DE APROVAÇÃO**

**Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:**

**Número:** 21475

**Título:** AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**Pesquisadores:**

**Equipe UFRGS:**

ELIZETH PAZ DA SILVA HELDT - coordenador desde 15/10/2011  
Gabriela Bottan - pesquisador desde 15/10/2011

***Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs aprovou o mesmo, em reunião realizada em 05/01/2012 - Sala 01 de Reuniões do Gabinete do Reitor, 6º andar do prédio da Reitoria, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.***

Porto Alegre, Terça-Feira, 17 de Janeiro de 2012

JOSÉ ARTUR BOGO CHIES  
Coordenador da comissão de ética